**熊本総合病院 循環器内科 診療情報提供書兼受診依頼票**

年　 　月　　 日

JCHO熊本総合病院 　　　　　　　　医療機関名

循環器内科 　　　　　　 医師名

　　　　　　 　　 　先生 　　　　 TEL ( 　 ) 　　－

**受診予定日**　令和 　年　　月　　日 ( 　) 熊本総合病院の受診歴 ( 有 ・ 無 )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性別** | 男 ・ 女 |
| **患者氏名** | 様 | **TEL** | ( )　　 　－ |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日 | **年齢** | 歳 |

|  |  |
| --- | --- |
| **紹介目的** | **心機能精査を希望します**  **以下について事前に患者さんへのご説明をお願いいたします**  　・当日はお薬手帳の持参をお願いします  　・当日は待ち時間短縮の為、診察前に採血・心電図・胸部レントゲン・心臓超音波などの事前検査を受けて頂く可能性があります |
| **項目で当てはまるものにチェックをお願いします** | **①動脈硬化性疾患、心不全、不整脈の危険因子がある**  高血圧　糖尿病　脂質異常症　肥満　喫煙　冠動脈疾患  動脈硬化性疾患(脳梗塞、下肢動脈疾患など)　心筋症の家族歴  突然死の家族歴　手根管症候群　その他( )  **②検査で異常がある**  採血で異常がある  （ BNP＞35pg/ml　 NT-proBNP＞125pg/ml　 TnT上昇）  胸部レントゲンで異常がある  （心拡大 　胸水 　異常陰影 　その他( )）  心電図で異常がある  **③診察で異常がある**  心雑音　肺雑音　脈不整　浮腫　その他( 　 )  **④症状がある**  息切れ・呼吸苦　胸痛・胸部不快感　動悸　その他( ) |
| **既往歴** |  |
| **その他**  **ご要望など** |  |