**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** |  |