

# 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

循環器内科

先生

医療機関名

医師名

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 |       | TEL | ( ) - |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢  | 歳     |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 紹介目的                   | <input type="checkbox"/> 心機能精査を希望します<br>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<br>・当日はお薬手帳の持参をお願いします<br>・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 | <input type="checkbox"/> ①動脈硬化性疾患、心不全、不整脈の危険因子がある<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患<br><input type="checkbox"/> 動脈硬化性疾患(脳梗塞、下肢動脈疾患など) <input type="checkbox"/> 心筋症の家族歴<br><input type="checkbox"/> 突然死の家族歴 <input type="checkbox"/> 手根管症候群 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> ②検査で異常がある<br><input type="checkbox"/> 採血で異常がある<br>( <input type="checkbox"/> BNP>35pg/ml <input type="checkbox"/> NT-proBNP>125pg/ml <input type="checkbox"/> TnT上昇 )<br><input type="checkbox"/> 胸部レントゲンで異常がある<br><input type="checkbox"/> 心拡大 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 異常陰影 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 心電図で異常がある<br><input type="checkbox"/> ③診察で異常がある<br><input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 肺雑音 <input type="checkbox"/> 肺不整 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> ④症状がある<br><input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 胸痛・胸部不快感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 既往歴                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| その他<br>ご要望など           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |