心不全早期診断シート
診療情報提供書（兼）受診依頼票

年　　月　　日

愛知医科大学病院

受診希望科　　循環器内科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

受診希望日①　令和　　年　　月　　日（　）

受診希望日②　令和　　年　　月　　日（　）

医療機関名

所　在　地

医　師　名　　㊞

ＴＥＬ　（　　）　－

ＦＡＸ　（　　）　－

☐ **希望日なし**　　**〇愛知医科大学病院の受診歴（ 有・無・不明 ）（愛知医大 ID:　　）**

フ リ ガ ナ		性　別	生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日 （　歳）
患 者 氏 名	様	男・女		
住　所 （事前紹介時のみご記入下さい）	〒		TEL	（　　）　－

保 険 情 報 保険証のコピーをＦＡＸしていただいても結構です	保険者番号		子・障・母　前高・後高（　割）㊗☐	
	記号･番号		公費負担者番号	
	続　柄	本 人 ・ 家 族	公費受給者番号	

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ため，診察前に採血、心電図、胸部レントゲン、心臓超音波検査などの事前検査を受けていただ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心不全の危険因子がある** ☐糖尿病　☐高血圧　☐肥満　☐不整脈　☐冠動脈疾患 ☐動脈硬化疾患(脳梗塞、下肢動脈狭窄症など)　☐心筋症の家族歴がある ☐放射線治療・化学療法の既往　☐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　（　　） ☐心エコーで異常がある（☐壁運動低下　☐壁肥厚　☐弁膜症　☐その他（　　）） **③診察で異常がある** ☐胸部聴診で異常がある:　☐心雑音　☐肺雑音 ☐浮腫　☐その他(　　) **④症状がある** ☐息切れ・呼吸苦　☐その他(　　)
既　往　歴	薬物アレルギー（ 有 ・ 無 ）
その他ご要望など	

愛知医科大学病院　地域医療連携室　TEL (0561)65-0221（直通）　FAX (0561)65-0225

＜事前紹介受付時間＞　平日：８：３０～１９：００　土曜：９：００～１２：００