診療情報提供書（兼）受診依頼票（心不全早期診断シート）

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　　○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 患者氏名	様	性別 男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日 （　歳）
住所	〒		TEL	（　　）　－
保険情報	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　□CKD　□心筋症の家族歴 □動脈硬化疾患(脳梗塞など)　□手根管症候群　□その他(　　) **②検査で異常がある** □採血で異常あり(□BNP≧35pg/ml　□NT-proBNP≧125pg/ml) □胸部レントゲンで異常あり(□心拡大　□胸水)　□心電図異常 **③診察で異常がある** □心雑音　□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