

診療情報提供書
(心不全スクリーニング用)

年 月 日

| | |
|---|--|
| 紹介先 <hr/> <p style="text-align: center;">御中</p> <p style="text-align: center;">心不全診療担当医 先生侍史</p> | 紹介元 (医療機関名) (医師名) 〒 - 名古屋市 中村区 TEL: 052() FAX: 052() |
|---|--|

下記患者につき、心機能・心疾患の有無についての評価をお願い致します。

| | | | |
|------|--------|------|-----------|
| 患者氏名 | 殿 (男女) | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 患者住所 | 〒 - | | |

心不全を疑う症状 (2つ以上該当した場合はなるべく早い受診を考慮)

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 夜間・仰臥位での咳嗽や呼吸苦 | <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ・呼吸苦 | <input type="checkbox"/> 下肢の浮腫 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈・動悸 | <input type="checkbox"/> 心雑音 | |
| <input type="checkbox"/> 急激な体重増加 (ヶ月で__kg 増) | <input type="checkbox"/> 胸部 XP で概ね CTR55%以上の心拡大 (CTR__%) | |
| <input type="checkbox"/> BNP 35pg/mL 以上 (pg/mL) | <input type="checkbox"/> NT-proBNP 125pg/mL 以上 (pg/mL) | |
| <input type="checkbox"/> BNP や NT-proBNP の概ね 2 倍以上の増加 (ヶ月で__pg/mL → __pg/mL) | | |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) | | |

| | |
|---|-----------------------------|
| 今後の対応についての希望 | ※特に希望がなければ原則として並診とさせていただきます |
| <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心不全の検査のみ希望 <input type="checkbox"/> 心不全の評価と治療方針決定後は自院で診る | |
| <input type="checkbox"/> 貴院への転院を希望 <input type="checkbox"/> 貴院に任せる <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 自由記載欄 | |
| | |