**八戸赤十字病院　心精査紹介シート（診療情報提供書）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ＦＡＸ*** |  | 年　　　月　　　日 |
| 送信先　八戸赤十字病院　地域医療連携室 | 病院名 |  |
| ＦＡＸ　（0178）27-8080 | 医師名 |  |
| TEL　（0178）27-3111 | ＦＡＸ |  |
| 16時以降に届いたＦＡＸは翌日の対応になります。 | ＴＥＬ |  |

下記、該当するものにチェックしてください。（複数選択可）

　高血圧、糖尿病の方の心スクリーニング

　気になる自覚症状（胸痛・動悸・息切れ・浮腫）の精査

（該当する症状に○をつけてください）

　心雑音の精査

　心電図異常（左室肥大、ST-T異常など）の精査

　BNP/NTproBNP高値の精査（目安：BNP≧100 pg/ml、NT-proBNP≧400 pg/ml）

　心房細動がある方の心機能評価、薬剤調整

　冠動脈疾患(ステント留置歴など)がある方の心機能評価、薬剤調整

　心臓弁膜症がある方の心機能評価、薬剤調整

　心不全がある方の心機能評価、薬剤調整

　アテローム性脳梗塞の既往がある方の心機能評価

　透析を行っている方の心機能評価

　その他（ ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ： |  | 生年月日： | 年　　月　　日 | | | | |
| 患者氏名： |  | 年齢： |  | 歳 | 性別： | 男 ・ 女 | |
| 病　名： |  | 身長： |  | ㎝ | 体重： |  | ㎏ |
| 備考： (経過や既往など、必要がありましたら簡単で構いませんので記載をお願いします) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |