診療情報提供書（兼）受診依頼票（心機能精査依頼状）

年　月　日

座間総合病院　担当医

医療機関名
所　在　地
医　師　名　　㊞
ＴＥＬ　（　　）　－
ＦＡＸ　（　　）　－

受診希望日①　令和　年　月　日（ ）
受診希望日②　令和　年　月　日（ ）

□ 希望日なし　座間総合病院の受診歴（ 有・無・不明 ）（病院 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	〒		TEL	（　　）　－
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 ※ 採血・心電図検査結果について (有りの場合は、紹介状に添付をお願い致します) 採血結果　□ あり　□ なし 心電図結果　□ あり　□ なし			
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・呼吸困難　□その他(　　) **⑤その他** （　　）			
既往歴	薬物アレルギー（ 有 ・ 無 ）			
現在の処方	（別途資料添付でも可）			
その他ご要望など				

座間総合病院　患者サポートセンター

TEL 046-251-3700（直通）　FAX 046-251-8080

<紹介受付時間> 平日 8：30～17：30　土曜日 8：30～12：30