

心不全地域連携 ～診療情報提供書～

依頼日： 年 月 日

【紹介先医療機関名】 〒311-4198 茨城県水戸市双葉台3-3-10 水戸済生会総合病院 循環器内科 外来担当 先生 宛 TEL:029-254-9067 FAX:029-254-1637 地域医療連携室	【紹介元医療機関名】 医療機関名： 医師氏名： TEL： FAX：
---	--

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			年 月 日 (歳)

この度は心不全地域連携クリニカルパスの病診連携に基づき、紹介となります。

【紹介理由】

- 「**緊急**」受診の項目に該当します。
安静時呼吸困難・夜間咳嗽 / 呼吸困難・起坐呼吸・症候性低血圧など
- 「**早期**」受診の項目に該当します。
体重増加・労作時息切れ・浮腫など
- 貴院の**定期受診日**となりましたため、紹介します。
- 上記該当には至りませんが、貴院での精査・加療をお願いします。

【紹介理由】：

- 心不全が疑われます。
- 心機能の精査を依頼します。(心不全ステージAの初回心不全評価目的も含みます)
- (心不全を除く)心疾患が疑われます。(未精査の心雑音も含みます)

※お薬手帳のコピーや血液検査結果を添付してください

(バイタルサイン、既往歴、および気になる点がありましたら、記載してください)