

診療情報提供書（兼）受診依頼票（心不全早期診断シート）

橋本市民病院

年 月 日

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 ()

希望日なし

医療機関名

所在地

医師名

Ⓜ

TEL () -

FAX () -

フリガナ		性別		大・昭・平・令		
患者氏名	様	男・女	生年月日	年	月	日 (歳)
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

①心不全の危険因子がある

- 高血圧 糖尿病 慢性腎臓病 肥満
- 動脈硬化疾患(冠動脈疾患 脳梗塞など)
- 心筋症の家族歴 手根管症候群
- 抗がん剤の使用歴 その他()



項目で当てはまるものに
チェックをお願いします

②検査で異常がある

- BNP \geq 35pg/ml NT-proBNP \geq 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 頸動脈怒張 その他()

④症状がある

- 息切れ・呼吸苦 その他()



他の情報やご要望

橋本市民病院 地域連携室
TEL: (0736) 34-6116
FAX: (0736) 34-6117



for iPhone



Convers.App for and NT BNP \rightleftharpoons NT-proBNP
推測値換算アプリ