紹介状（診療情報提供書）（心アミロイドーシス用）

国際医療福祉大学那須医療センター　　年　　月　　日

希望診療科　　科　　貴院の名称

担当医　　先生　　所　在　地

（特にご希望がある場合のみ、担当医をご記入下さい）　　電話番号

FAX番号

医師氏名

（フリガナ）		性別	国際医療福祉大学那須医療センターの受診歴：
患者氏名		□　男 □　女	無　不詳　有（ID番号　　）
生年月日	西暦　　年　　月　　日	歳	紹介目的：精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ その他（　　）

病名	心アミロイドーシス疑い		
主訴	心アミロイドーシス疑い		
既往歴 家族歴	心不全既往　□有　□無	薬物アレルギー（　無　・　有）	
治療経過及び病状経過	手根管症候群 □有　□無 病理で異常 トランスサイレチン陽性 □有　□無 ）		
検査結果		現在の処方	
添付物	□ 無　□ 画像診断フィルム　□ 検査結果伝票　□ 心電図記録等　□ その他（　　）		