紹介状（診療情報提供書）（心不全早期診断用）

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		医院の名称	
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： 無　不詳　有（ID番号
患者氏名		□ 男 □ 女	
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	心不全（疑いを含む）
主訴	
既往歴 現在治療中の疾患	薬物アレルギー（無　・　有（ ）
診察所見及び検査所見	①心不全の危険因子がある □糖尿病 □高血圧 □脂質異常 □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） □甲状腺疾患既往 □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・呼吸苦 □その他（　　） ⑤その他 （　　）
検査結果	
現在の処方	
添付物	□ 無　□ 既往診断フィルム　□ 検査結果転用　□ 心電図記録紙　□ その他（　　）