

紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書 (様式2)

令和 年 月 日

〒989-1253 宮城県柴田郡大河原町字西38番地1

みやぎ県南中核病院

循環器内科

担当医 先生

地域医療連携係行 FAX 0224-51-5506

電話 0224-51-5526

医療機関名

所在地

担当科名

医師名

電話

F A X

科

—

—

—

—

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日 生	(満 歳)
患者氏名						
住所(〒 —)		職業		電話番号 ()—		
当院 受診歴の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	当院のID	【		】	<input type="checkbox"/> 不明
紹介目的	<input type="checkbox"/> 心雑音の精査目的 <input type="checkbox"/> 心拡大傾向 前回: 年 月 日 % → 今回: 年 月 日 % <input type="checkbox"/> バイオマーカー高値(下記に記載) <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 以前より高値(BNP>200pg/mLまたは>40%増、NT-proBNP>900pg/mLまたは>30%増) <input type="checkbox"/> フォローアップ依頼					
症 状	<input type="checkbox"/> あり(下記心不全スコアを記載) <input type="checkbox"/> なし(心不全スコア記載不要)					
心不全スコア	安静時の呼吸困難感	有・無	当日救急搬送		診察時の状態で記入をお願いします。 合計 点	
	起坐呼吸状態	有・無				
	SpO2低下(呼吸不全)	有・無				
	喘鳴	有・無	3点			
	胸水増加	有・無	2点			
	目標体重2kg以上超過	有・無	※両方該当でも2点			
	体動時の息切れ	有・無	2点			
	浮腫	有・無	1点			
食欲不振	有・無	※両方該当でも1点				
バイオマーカー(結果があれば記入)	<input type="checkbox"/> 軽度高値 BNP 35-100 測定日: 年 月 日 測定値: NT-proBNP 125-300 測定日: 年 月 日 測定値: <input type="checkbox"/> 中等度高値 BNP 100-200 測定日: 年 月 日 測定値: NT-proBNP 300-900 測定日: 年 月 日 測定値: <input type="checkbox"/> 重度高値 BNP 200以上 測定日: 年 月 日 測定値: NT-proBNP 900以上 測定日: 年 月 日 測定値:					
既往歴						
家族歴						
自由記載						
処方内容						
<input type="checkbox"/> 医師間で連絡済		<input type="checkbox"/> 患者さんより、電話で予約する。		<input type="checkbox"/> 連携室に連絡済		
保険者番号		記号		番号		
被保険者氏名		区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族		
1 公費負担者番号		公費受給者番号				
希望日	①	②	その他			

□地域医療連携係受付時間 平日8:30~17:00 ※FAXは翌日受診分については、前日の15時迄にお送り下さい。

① FAXの受付は、24時間随時行っておりますが、休診日と上記時間帯以外のお申し込みにつきましては、誠に勝手ながら翌日もしくは休み明けに回答させて頂くこととなりますのでご了承ください。

□病院休診日:土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29~1/3)

② 電話でお申し込み頂いた場合も、あとでこの用紙をFAXしてお送りいたしますようお願いいたします。

みやぎ県南中核病院