

## 心不全地域連携 ～診療情報提供書～

報告日: 年 月 日

<b>【病院】</b> 社会医療法人 愛宣会 ひたち医療センター 〒316-8533 茨城県日立市鮎川町 2-8-16 地域医療連携室 TEL 0294-37-0609 FAX 0294-37-0847	<b>【連携医療機関】</b> 医療機関名:  TEL
---	--------------------------------------

<small>ふりがな</small> 患者氏名			
性別	男 女	生年月日	年 月 日( 歳)

この度は心不全地域連携クリニカルパスの病院連携に基づき、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)

下記精査を依頼します。

血液検査  心電図  心エコー  胸部レントゲン写真

その他( )

※お薬手帳のコピーや血液検査結果を添付願います。

フリー記録(薬剤変更や気になる点がありましたら、記載してください)
-----------------------------------