心不全地域連携紹介状

**紹介先医療機関等名　高崎総合医療センター**

**心臓血管内科　担当医 先生御侍史**

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 印

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別 男 ・ 女  患者住所  電話番号  生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（　　歳）　職業 |

|  |
| --- |
| 傷病名 #1　慢性心不全 |
| 紹介目的　下記のうち、該当項目にチェックをつけてください  　　　　　□ 心不全リスクあり　(高血圧, 糖尿病, 動脈硬化性疾患など)  □ 初発心不全の疑い  □ 心不全の定期再評価（1年毎）  　　　　　□ 心不全増悪の疑い  　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経過（簡単に経過を記載下さい） |
| 現在の処方  　　　　□おくすり手帳当日持参　　　　　□別紙参照  　　　　□その他（ |
| 備　　　考 |

＊検査所見(心電図, 採血, CT, エコー等)がございましたら資料提供頂ければ幸いです。