

# 紹介状(心臓・動脈硬化外来専用)

Fax 61-1324

年 月 日

名張市立病院

循環器内科 心臓・動脈硬化外来 担当医 先生

紹介元医療機関

住 所

名 称

医師氏名

印

電話番号

市立病院受診歴 有・無・不明

ふりがな		生年月日	T・S	年	月	日
患者氏名	(男・女)	H・R	( 歳 )			
患者住所	電話番号					
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> ( )					
保険者番号	記号・番号					

動脈硬化 リスク因子 (あてはまるもの にチェックを入れ てください)  ※糖尿病と高血 圧については、罹患 期間もご記入くだ さい	<input type="checkbox"/> 肥満／腹部内臓脂肪 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病  <input type="checkbox"/> 糖尿病／耐糖能異常 (罹患期間 : _____ )  <input type="checkbox"/> 高血圧症 (罹患期間 : _____ )  <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> BNP／NT-proBNP 高値 <input type="checkbox"/> 喫煙歴 (受動喫煙含む)  <input type="checkbox"/> 心血管病の家族歴 <input type="checkbox"/> 脳血管障害の既往  <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
既往症	
病状経過 検査結果 治療経過	<input type="checkbox"/> 簡易ポリソノムグラフィー検査を希望する (睡眠時無呼吸症候群疑いの方のみ)
現在の処方	
特記事項	(参考資料)

名張市立病院