

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

紹介元医療機関

循環器内科 心臓・動脈硬化外来 担当医 先生

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 <small>(あてはまるものにチェックを入れてください)</small> <small>※糖尿病と高血圧については、罹患期間もご記入ください</small>	<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