

济生会横浜市東部病院 循環器内科専用紹介状 [診療情報提供書]

平成 年 月 日

济生会横浜市東部病院
〒230-8765 横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
TEL: 045-576-3546 (地域連携室直通)

紹介元医療機関
の名称・所在地

指定医 (なし・あり) _____ 先生 医師名 _____ ④

TEL (- -)

FAX (- -)

フリガナ 患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
患者住所	〒 _____ TEL (- -)	
紹介目的 (重複可)	<input type="checkbox"/> 高血圧スクリーニング <input type="checkbox"/> 冠動脈精査 <input type="checkbox"/> 心不全精査 <input type="checkbox"/> 弁膜症精査 <input type="checkbox"/> 不整脈精査 <input type="checkbox"/> 下肢動脈硬化精査 <input type="checkbox"/> 治療方針相談 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
臨床症状 (または病名)	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸部圧迫痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 間欠性跛行 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
臨床経過、既往歴、嗜好品、備考 (ごく簡単で結構です。)		
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (もし薬手帳などがあればご記入いただく、手帳の持参だけで結構です。)	