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。