

# 紹介・診療情報提供書

湖東記念病院 循環器内科

外来担当先生侍史

紹介医療機関の所在地・名称

施設名

医師名

先生

滋賀県

TEL・FAX：

- -

患者氏名	<div style="text-align: right; margin-top: 20px;">(男・女) 大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)</div>
紹介目的	<input type="checkbox"/> 心臓 CT 検査の依頼 <input type="checkbox"/> 心臓 CT 検査を含めた心機能の全般的な評価 (心エコー、ホルターなど) <input type="checkbox"/> 心臓 CT 検査 + ( )
主訴および傷病名	
現病歴および現症・検査結果・治療経過など	
既往歴および家族歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患の家族歴
アレルギー	造影剤使用歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   →   使用時の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 気管支喘息歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 腎機能の障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明   →   血清 Cre 値   _____mg/dl (データがあれば) その他アレルギー ( )
現在の処方	
結果説明	<input type="checkbox"/> 湖東記念病院での結果説明を希望 <input type="checkbox"/> 紹介元での結果説明を希望
持参する資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター <input type="checkbox"/> その他： )
備考	