

診療情報提供書

(医院・診療所⇒〇〇病院)

年 月 日

〇〇病院
〇〇科 担当医宛

紹介元 医療機関名:	
医師名:	
住所:	
TEL・FAX:	

氏名		性別		生年月日	
----	--	----	--	------	--

主訴・病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影の follow up <input type="checkbox"/> 狭心症・心不全・不整脈などの治療 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> CTの follow up <input type="checkbox"/> 心臓リハビリ(運動療法) <input type="checkbox"/> 服薬の相談		
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常症(高脂血症) <input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 腎機能障害 (Cre mg/dl) <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満		
紹介内容					
処方内容	<input type="checkbox"/> 抗血小板剤: <input type="checkbox"/> エフィエント(3.75mg) ()錠 <input type="checkbox"/> プラビックス(75mg) ()錠		<input type="checkbox"/> バイアスピリン(100mg) ()錠 <input type="checkbox"/> プレタール(50mg) ()錠		
その他:					
特記事項					
同封物	<input type="checkbox"/> 血液検査データ		<input type="checkbox"/> 心電図		<input type="checkbox"/> その他()

にチェックをつけてください。

◆〇〇病院 〇〇部 〈受付〉平日:〇~〇時、土曜日:〇~〇時

TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

◆緊急時:〇〇部・〇〇センター

TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

〇〇病院 〇〇科 (地域連携パス)