|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |  | 送信元 |  |
| 送信先 | 科 |  | 所在地 |  |
|  | 先生 御侍史 |  | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |
|  | 医師氏名 |  |

※該当項目にレ点を付けてください

緊急度

* 至急, □ 数日以内, □ 一週間以内, □ 一か月以内, □ その他（　　　　　）

動脈硬化性疾患（狭心症精査など含む）：　鑑別・精査・薬剤調節

* ACS後の管理目標値未達の患者さんの薬剤調整　　※管理目標値は下記に記載
* 高血圧、糖尿病、脂質異常症（FH含む）、透析の方の冠動脈CTや運動負荷心電図
* 冠動脈疾患（ステント留置歴など）がある方の心機能評価、薬剤調整
* アテローム血栓性脳梗塞の既往がある方の心機能評価
* 気になる自覚症状（胸痛・動悸など）の精査
* 下肢症状（歩行時の痛み・しびれ・色調変化）の精査

心不全（心機能精査など）：　鑑別・精査・薬剤調節

* 心雑音の検査
* BNP、NT-proBNP高値の精査（目安:BNP≧35pg/ml、NT-proBNP≧125 pg/ml）
* 心不全がある方の心機能評価、薬剤調整
* 心弁膜症がある方の心機能評価、薬剤調整
* 透析を行っている方の心機能評価

不整脈・心電図異常：　鑑別・精査・薬剤調節

* 心房細動がある方の心機能評価、薬剤調節
* 心電図異常（左室肥大、ST-T異常など）の検査
* ご希望の検査がある場合はご記載下さい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

紹介元医療機関にて実施検査結果がある場合は添付ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ： |  | 生年月日： | 年　　 月　 　日 | | | | |
| 患者氏名： |  | 年齢： |  | 歳 | 性別： | 男 ・ 女 | |
| 病　名： |  | （身長： |  | ㎝） | （体重： |  | ㎏） |
| 備考： (経過や既往など、必要がありましたら、簡単で構いませんので記載をお願いします) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

※ACS後の管理目標値

・脂質：LDL-C値70mg/dl未満　　血圧：130/80mmHg未満　　血糖：HbA1c7.0%未満