

名古屋市立大学病院 診療情報提供書(兼)診療予約申込票（心不全早期診断シート）

令和 年 月 日

FAX：052-858-7130 TEL：052-858-7131
お申し込み受付時間： 平日8:30～19:00 土曜日：8:30～12:30

予約日の日程調整は、名市大が
☐ 患者さんを行う
☐ 医療機関を行う
いずれかに✓をお願いします

紹介元医療機関名
所在地
担当医名
電話番号
FAX番号

受診希望診療科		循環器内科 初診担当医	
診療希望日		☐ 希望日なし ① 令和 年 月 日 () ② 令和 年 月 日 ()	名古屋市立大学病院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明) (名市大病院ID)
患者さん	氏名等	フリガナ () 氏 名： 様 (旧姓：) 性別： 男 ・ 女	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (歳)	
	電話	(日中に必ず連絡がつく番号を記入してください) 自宅 — — 携帯 — —	
	住所	〒 -	
	外国籍の方	日本の公的医療保険： ☐ 加入 ☐ 未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください 日本語： ☐ 可 ☐ 不可	
紹介目的		☐ 心機能精査を希望します 以下について事前に患者さんへのご説明をお願いいたします ・当日はお薬手帳の持参をお願いします ・当日は待ち時間短縮のため、診察前に採血、心電図、胸部レントゲン、心臓超音波検査などの事前検査を受けていただく可能性があります	
項目で当てはまるものにチェックをお願いします		☐ 心不全の危険因子がある ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 肥満 ☐ 不整脈 ☐ 冠動脈疾患 ☐ CKD ☐ 心筋症の家族歴 ☐ 動脈硬化疾患(脳梗塞など) ☐ 手根管症候群 ☐ その他() ☐ 検査で異常がある ☐ 採血で異常あり(☐ BNP $\geq$ 35pg/ml ☐ NT-proBNP $\geq$ 125pg/ml) ☐ 胸部レントゲンで異常あり(☐ 心拡大 ☐ 胸水) ☐ 心電図異常 ☐ 診察で異常がある ☐ 心雑音 ☐ 浮腫 ☐ その他() ☐ 症状がある ☐ 息切れ・呼吸苦 ☐ その他()	
既往歴		薬物アレルギー (有 ・ 無)	
その他ご要望など			

* 以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No. ()	予約登録	予約票送付	紹介患者登録・アクセス権
------------	------	-------	--------------