診療情報提供書　＜心不全情報シート版＞

紹介先医療機関等名

　 　　　　　　 　　　　先生御侍史

紹介元医療機関の所在地及び名称

担当医

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　**患者氏名：**　　　　　　　　　　 | **生年月日：**西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 |
| **男・女** |
| **住所：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 連絡先（TEL）（　　　　）　　　　　　―　　　　　 |
| **傷病名：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **紹介目的：**[ ] 精査（基礎心疾患の検索など）　　　[ ] 治療　　　[ ] その他　　（　　　　　　　　　） |
| **既往歴：** [ ] 高血圧　[ ] 糖尿病　[ ] 脂質異常　[ ] 脳梗塞　[ ] 虚血性心疾患　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　**心不全入院治療歴：**無　・　有　（会津医療センター・会津中央病院・竹田綜合病院・　他 　　 　　　）**冠動脈治療歴：**無　・　PCI・CABG　（治療日　　　　年　　　月　　　日・病院名　 　　 　　　 　　 ） |
| **家族歴：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **症状経過及び検査結果：**（診察日：西暦　　　年　　　月　　　　日）　発症時期：[ ] 　　　　　 日 ・ 週 ・ カ月　前～　　　　　　[ ] 　　　 月　 　日 　頃～[ ] 浮腫（下肢・顔面・体幹部）　　[ ] 息切れ（労作時・就寝時） [ ] 食欲低下　[ ] 倦怠感 [ ] 体重増加（ 　　　　　　　kg）　　 [ ] その他( ) |
| 胸部聴診所見：心雑音　無　・　有（収縮期・拡張期）　　　　肺野ラ音：　無　・　有　　血圧：　　　／　　　　mmHg　　 脈拍　 /分 (　整　・　不整　)　　SpO2 　%（酸素　　 　L） 胸部X線(　　　月　　　日)：心胸郭比　　%　 胸水：　無　・　有　　　 肺うっ血：　無　・　有 ・その他　（症状・経過など）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 血液検査（[ ] 別紙） 年 　月　 日  | Cre　　　 | eGFR　　　　　 | Na　　　 | K　　　 | Hb　　 | （NTpro）BNP　　　　 |
| **治療経過：** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **現在の処方：**（薬品名・用量など）　　　[ ] ：お薬手帳を参照（下記記入不要）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| **備考** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| ADL（寝たきり度） | [ ]  J（自立/ほぼ自立） 　[ ]  A（要介助）　 [ ]  B(車いす)　 [ ]  C（寝たきり） |
| 認知症 | 有：[ ] Ⅰ（ほぼ自立）　[ ] Ⅱ（意思疎通多少困難）　[ ] Ⅲ（意思疎通困難）[ ] Ⅳ（常に介護必要）　[ ] （専門医療が必要）　（参考：長谷川式スケール　点） |
| [ ] 無 |
| 家族背景（家族構成）　　　　　　　　　　　　　 | キーパーソン：　　　　　 |
| 介護保険申請：　無　・　有　　（要支援　　1　　2　　・　要介護　1　　2　　3　　4　　5　）　 |

会津心不全情報シート（開業医→病院　版）Ver.1