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