

紹介先医療機関名

〒 023-0864

☎ 0197-24-4121

岩手県奥州市水沢字龍ヶ馬場61番地

岩手県立胆沢病院

循環器内科 心房細動・動脈硬化外来

循環器 担当医

先生

紹介元医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

診療情報提供書

下記の患者さんを紹介します。どうぞよろしくお願ひ致します。

フリガナ 患者氏名		性別	電話番号
患者住所			
生年月日	0 歳	職業	

1. 傷病名 ① 心房細動 その他の不整脈
② 狭心症 その他の動脈硬化性疾患

2. 紹介目的

3. 既往歴及び家族歴

基礎疾患 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 喫煙
 慢性腎不全 陳旧性心筋梗塞 その他

4. 症状経過、検査結果及び治療経過

いつもお世話になっております。

① 不整脈の場合
 心房細動
 症状 _____ がありますので、精査加療をお願いします。
 その他の不整脈

② 動脈硬化の場合
 基礎疾患
 症状 _____ がありますので、動脈硬化性疾患につき精査加療をお願いします。

5. 現在の処方

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。