

診療情報提供書

紹介先医療機関名 利根中央病院 <紹介元>

以下の患者様をご紹介しますのでよろしく申し上げます。

日付 年 月 日

心不全患者早期発見のためのチェックシート

以下の項目に当てはまるものにチェックをお願いします。

<併存症・既往歴>

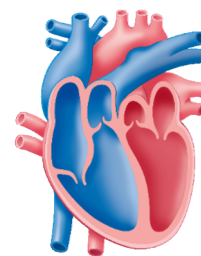
- 高血圧
- 糖尿病
- 動脈硬化性疾患（脳梗塞、ASO、頸動脈狭窄）
- 冠動脈疾患の既往
- 放射線治療歴・抗がん剤（アントラサイクリンなど）使用歴
- 手根管症候群

<症状>

- 労作時息切れ
- 起座呼吸

<身体所見>

- 浮腫
- 心雑音



1項目以上チェックがある場合は採血で **BNP**あるいは**NT-proBNP**を測定

採血検査

- BNP** > 40pg/ml
- NT-proBNP** > 125pg/ml 実際のデータ（ ） pg/ml

いずれかチェックがある場合は利根中央病院地域連携室へ紹介をお願いします。

患者様のお名前、性別、年齢、生年月日、電話番号を記入をお願いいたします。

利根中央病院 地域連携室まで電話でご連絡していただき、この用紙をFAXしてください。

カテ				性別 男 女		年齢
患者氏名：						
生年月日	年	月	日	電話番号	-	-

利根中央病院 地域連携室 TEL 0278-25-9800

FAX 0278-25-9801 受付時間 8:30 ~ 16:30

心臓の詳しい検査が必要な患者様へ

今回の検査の結果、**心不全**の可能性があります。

専門病院での詳しい検査が望ましいので**利根中央病院**へご紹介させていただきます。

検査の予定、専門医による診察の予定を決めるため、

利根中央病院から近日中に連絡がありますのでよろしくお願いします。



<検査の流れ>

かかりつけ医院（病院）と利根中央病院が電話でやり取りをします。

その時に電話で①**検査日**と②**診察日**の日程を決めます。

利根中央病院から検査日と診察日の記載された案内票が FAX されます。

かかりつけ医院から利根中央病院の案内票をもらいます

案内票に従い①**検査日**に検査を行います。

案内票に従い②**診察日**に診察を行います。

検査の結果大きな問題がなければ、かかりつけの開業医の先生宛にお手紙をお渡します。
今まで通り開業医の先生に診てもらってください。

検査結果によってはさらに詳しい検査や入院治療が必要な場合もあります。

利根中央病院で詳しい検査をされる際に持参していただきたいもの

- ・ 保険証
- ・ 飲んでいるお薬（一日分）またはお薬手帳（他、飲んでいるサプリメントがあれば持参）
- ・ 開業医さんから預かった診療情報提供書（紹介状）
- ・ 利根中央病院からの予約票

不明点は利根中央病院・地域連携室 0278-25-9800 へご連絡ください

検査の概算費用 保険3割の場合 約 6,500 円の自己負担

 保険1割の場合 約 2,200 円の自己負担

※検査内容によって追加費用が発生することもあります。また更に詳しい検査が必要な場合は別途費用が発生しますのでご了承ください。