

診療情報提供書

年 月 日

金沢循環器病院

受診希望科 循環器内科

月曜午後にご予約・受診をお願いします。

(上記日程の受診が困難な場合、
他の曜日や時間帯も受付可能です)

医療機関名

所在地

医師名

TEL () -

FAX () -

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令	
患者氏名	様	男・女		年	月
住所	〒			TEL	() -
紹介目的	BNP 上昇の心機能精査の依頼 (心不全スクリーニング外来)				
チェックをお願いします	①併存疾患 ☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐脂質異常症 ☐肥満 ☐慢性腎臓病 ☐冠動脈疾患 ☐心房細動 ☐心疾患の家族歴 ☐その他の心疾患 () ②BNP or NT-proBNP BNP pg/mL NT-pro BNP pg/mL (ガイドラインの精査基準 BNP$\geq$35 pg/ml、NT-proBNP$\geq$125 pg/ml) (検査結果の添付でも構いません)				
既往歴 (上記以外に重要な併存疾患があれば)					
その他ご要望など					

※当日はお薬手帳を持参してください。