心不全地域連携　～診療情報提供書～

作成日：　　年　　月　　日

【病院】
〒306-0232
茨城県古河市東牛谷707
TEL：0280-97-3000　　FAX:0280-97-3001

友愛記念病院
循環器内科/　　先生

【連携医療機関】
住所：〒

TEL：　　FAX：
医療機関名：

医師名：

フリガナ			
患者氏名			
生年月日	□T □S □H □R　年　月　日（　歳）	**性別**	□ **男**　□ **女**
住所	〒	**電話番号**	

この度は心不全地域連携クリニカルパスの病院連携に基づき、紹介となります。

【紹介理由】

□「緊急」受診の項目に該当します。　□ 貴院の「定期受診日」となりましたため、紹介します。

□「早期」受診の項目に該当します。　□ 上記該当には至りませんが、貴院での精査・加療をお願いします。

紹介理由詳細：

検査結果：

処方内容：

既往歴・家族歴：