

早期心不全BNP外来は毎月第2・第4木曜日です

報告日： 20 年 月 日

【早期心不全BNP外来依頼患者】情報提供書

※いずれの場合でも本様式を送付願います。

|                                                                         |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 循環器内科 担当医 宛                                                             | 医療機関 名称・所在地 |
| 患者氏名：                                                                   | 電話番号：       |
| 様                                                                       | FAX 番号：     |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに對して患者の同意を得ています。                     |             |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに對し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告します。 |             |

下記の通り、報告します

|      |                              |                              |                                |                              |                               |
|------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> CKD | <input type="checkbox"/> 心房細動 |
|------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|

|      |                                         |                                  |                                     |   |   |
|------|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| 検査結果 | ※ 検査結果は直近の数値で構いません                      |                                  | 【検査時期】                              | 年 | 月 |
|      | <input type="checkbox"/> NT-pro BNP ( ) | <input type="checkbox"/> BNP ( ) | <input type="checkbox"/> トレーニング ( ) |   |   |

|                            |                                                 |                         |                                           |                  |
|----------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| 報告事項                       | 聴取項目                                            |                         | 有 無                                       | ありの点数            |
|                            | <input type="checkbox"/> 今朝の体重                  | kg⇒ 1 週間で 2 ～ 3 kg 以上増加 | あり・なし                                     | 3 点              |
|                            | <input type="checkbox"/> 今朝の血圧                  | / mmHg                  | -                                         | -                |
|                            | <input type="checkbox"/> 脈拍数                    | 回/分⇒ 1 2 0 以上           | あり・なし                                     | 4 点              |
|                            | <input type="checkbox"/> 就寝中の息苦しさ、横になれないほどの息苦しさ |                         | あり・なし                                     | 5 点              |
|                            | <input type="checkbox"/> 外出・入浴・階段など、労作時の息切れ     |                         | あり・なし                                     | 1 つでも<br>あれば 1 点 |
|                            | <input type="checkbox"/> 足のむくみがひどくなる            |                         | あり・なし                                     |                  |
|                            | <input type="checkbox"/> 咳がでる                   |                         | あり・なし                                     |                  |
|                            | <input type="checkbox"/> 食欲低下（以前と比べて）           |                         | あり・なし                                     |                  |
|                            | <input type="checkbox"/> 残薬                     |                         | あり・なし                                     | -                |
| 【特記すべき所見やアレルギー、検査項目等の報告事項】 |                                                 |                         | 合計点数                                      |                  |
|                            |                                                 |                         | <input type="checkbox"/> 上記、3 点以上のため紹介します |                  |
|                            |                                                 |                         | 3 点：当科への紹介依頼、または連絡                        |                  |
|                            |                                                 |                         | 4 点：同上                                    |                  |
|                            |                                                 |                         | 5 点：すぐに紹介                                 |                  |