

循環器疾患 情報提供書

平成 年 月 日



医療法人 慈愛会

ひがし循環器クリニック 宛

医療機関名 _____

医 師 名 _____

月 日 来院予定 (緊急の場合は事前に電話(0532-69-2328) & FAX 願います)

患者名	生年月日	
	男 女	T・S・H 年 月 日
診断・疑い	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不安定狭心症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他 ()	
症 状	<input type="checkbox"/> 現在あり <input type="checkbox"/> 現在なし <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感 <input type="checkbox"/> こんきい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 歩行時下肢痛・張った感じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
発 症 時 期	<input type="checkbox"/> 数年前 <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 半年前 <input type="checkbox"/> 数ヶ月前 <input type="checkbox"/> 1か月前 <input type="checkbox"/> 数週間前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> 数日前 <input type="checkbox"/> 昨日 (時頃) <input type="checkbox"/> 本日 (時 分頃)	
特 徴	<input type="checkbox"/> 労作時 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> どちらも	
持 続 時 間	<input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 24時間以内 <input type="checkbox"/> 数時間以内 <input type="checkbox"/> 1時間以内 <input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> 数分間 <input type="checkbox"/> 数十秒 <input type="checkbox"/> 数秒 <input type="checkbox"/> 一瞬	
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 採血結果 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン写真 <input type="checkbox"/> その他 ()	
アレルギ-	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
処 方 内 容	<input type="checkbox"/> 下記内容 <input type="checkbox"/> 別紙あり <input type="checkbox"/> 処方なし	
通信欄	<hr/> <hr/> <hr/>	