



病院名 : 紹介医師 :

住所 : 〒

ふりがな : 紹介患者様氏名 : 生年月日 : T S H 年 月 日

住所 : 〒 電話番号 :

紹介目的 : ()

既往歴 : DM HT HL Smoking CKD HD CAD CVD
その他 ()

手術既往 : 無 有 ()

カテーテル検査・治療 : 無 有 ()

希望科 : 循環器内科 末梢血管科

希望医師 : 無 有 (医師名 :)

希望日 : 第一希望 年 月 日
第二希望 年 月 日

診察 : 無 有 (同日・別日 (年 月 日) 検査のみ

検査 : ABI 心電図 下肢動脈エコー 下肢静脈エコー 心エコー
腎動脈エコー 頸動脈エコー 冠動脈 MDCT
下肢 CT 下肢 MRI (造影 単純)
その他 CT その他 MRI (部位 : 造影 単純)
負荷心電図 ホルター心電図 採血 ()

ペースメーカー : 無 有 ()

造影剤アレルギー : 無 有 ()

腎障害 : 無 有 ()

透析 : 無 有 (月 火 水 木 金 土)

足潰瘍 : 無 有 ()

現在の処方内容等 :