

**信楽園病院 心房細動 地域連携簡易パス(初回用)**

貴医療機関	医院	TEL	-	-
医師ご氏名	先生	FAX	-	-
診療希望日	第1希望 月 日( 曜日) / 第2希望		月	日( 曜日)

**患者基本情報**

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	
氏名		年	月	日
住所 〒	TEL ( )		-	
市	区			

**保険証等情報**

保険者番号	被保険者証記号番号
(被保険者との続柄 本人・家族) (負担割合 1割・3割)	

**ご紹介目的**

心機能評価  心房細動以外の循環器疾患も疑われる為

抗凝固療法の適応と選択 自院で対応可能なもの  ワーファリン /  プラザキサ  イグザレルト

エリキュース /  リクシアナ

信楽園病院での抗凝固薬の投与量を調整後、自院で処方継続可能

信楽園病院で抗凝固薬を継続して処方希望

その他

心房細動の自覚症状	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり( )		
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり	高血圧	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり
脳梗塞既往	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり	妊娠	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり
甲状腺機能検査	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり		
現在の抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> その他 抗血小板療法の併用あり		
	<input type="checkbox"/> 施行中(1日量) (右記にご記載ください)	ワーファリン( )mg / プラザキサ( <input type="checkbox"/> 300mg / <input type="checkbox"/> 220mg ) イグザレルト( <input type="checkbox"/> 15mg / <input type="checkbox"/> 10mg ) / エリキュース( <input type="checkbox"/> 10mg / <input type="checkbox"/> 5mg ) リクシアナ( <input type="checkbox"/> 30mg / <input type="checkbox"/> 60mg )	

既往歴・現病歴・処方内容等
---------------