

信楽園病院 心房細動 地域連携簡易パス(2回目以降)

貴医療機関		TEL	-	-
医師ご氏名		FAX	-	-
信楽園病院担当医師	医師			
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	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名	様	年	月 日
住所 〒	市	区	TEL () -

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	<input type="checkbox"/> 定期受診のみ(心エコー検査実施) <input type="checkbox"/> ホルター心電図希望有
	<input type="checkbox"/> その他()

経過	<input type="checkbox"/> 問題なし(<input type="checkbox"/> 洞調律維持されている/ <input type="checkbox"/> 心房細動で固定/ <input type="checkbox"/> 混在/ <input type="checkbox"/> 不明)		
	<input type="checkbox"/> 問題あり(<input type="checkbox"/> 自覚症状悪化/ <input type="checkbox"/> 検査値異常/ <input type="checkbox"/> その他)		
	<input type="checkbox"/> 妊娠(<input type="checkbox"/> なし/ <input type="checkbox"/> あり)		
血圧(直近)	/ mmHg	心拍数(直近)	ppm
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)	

(経過等で問題等ございましたら、下記にご記入をお願い致します)