名古屋医療センター**【心不全・循環器外来】**紹介事前申込　地域医療連携室　**FAX　052-951-1207**

※受付時間　8時30分～17時00分（予約取得に15分～30分程かかります。）

**１）心不全ホットライン　　　　　　　　　　　　　　２）循環器診察依頼**

どんなことでもお気軽にご相談ください！

* 狭心症スクリーニング検査
* 冠動脈CT
* 心エコー
* 内服調整依頼
* 不整脈診療
* 循環器疾患定期診察依頼
* その他（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　□チェックを入れて下さい

➀ 以下の症状１つでも当てはまれば、医療機関受診！

* 普段の体重より1週間で2kg以上の増加
* 安静時心拍数が120回/分以上
* 安静時・臥位時の呼吸困難感
* 労作時息切れが増悪

②　利尿剤増減で対応可能

　 定期内服に下記を追加

（フロセミド10-40mg or アゾセミド15-60mg）

±

(フルイトラン0.5-1.0mg or ナトリックス0.5-1.0mg)

**緊急ホットライン**

**（当番医に直接繋がります）**

**📞　052-961-6790**

**月～金　8 : 30～19 : 30**

**土 8 : 30～12 : 30**

③　以下の項目に当てはまれば、当院へご紹介下さい！

* 利尿剤増減では対応困難
* 緊急対応が必要
* BNP＞500
* NT-proBNP＞2500　　□チェックを入れて下さい

しょうか

診療情報提供欄（追加コメント・ご相談内容などがあればお書きください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男・女 | 生　年　月　日 | | |
| 患者氏名 | 様 | | | | 年 | 月 | 日 |
| 住所・TEL | 〒  （　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | |
| 当院受診歴 | 有・無 | 当院ID |  | | | | | |
| 受診希望日 | 1. 年　　　月　　　日（　　） | | | 1. 年　　　月　　　日（　　） | | | | |

**申込日：　　　　年　　　月　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込医療機関 |  | | 紹介医 | 先生 |
| TEL：　（　　　　）　　　　－ | | FAX：　（　　　　）　　　　－ | | |