

名古屋心不全ホットライン FAX 紹介事前申込

紹介先医療機関

☐ 名古屋医療センター(FAX 052-951-1207)

① 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 10-40 mg
もしくは、アゾセミド 15-60 mg
±
フルイトラン 0.5-1.0 mg
もしくは、ナトリックス 0.5-1.0 mg

③ 以下の項目に当てはまれば、急性
期医療機関へご紹介下さい！

- ☐ 利尿剤増減では対応困難
- ☐ 緊急対応が必要
- ☐ BNP>500
- ☐ NT-proBNP>2500

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 ()	②	年 月 日 ()

申込日： 年 月 日

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