



令和 年 月 日

紹介先医療機関名

先生御侍史

大垣市南頬町4丁目8番地

大垣市民病院

Tel (0584) 81-3341 Fax (0584) 75-5715

担当科 循環器内科

医師氏名 印

## 診療情報提供書

平素より大変お世話になっております。

下記患者様をご紹介させていただきます。心不全地域連携診療パス導入の患者様になります。御高診のほどよろしく願いいたします。

患者氏名	ID	性別
生年月日	年齢	

傷病名	心不全		
紹介目的	心不全パスを用いて通院加療の依頼		
〈心不全歴〉			
Stage			
ACP			
入院日	退院日		
入院回数	退院時心機能	EF	%
原疾患	増悪因子		
退院時 BNP	pg/ml	退院時体重	kg
〈HFrEF 導入済薬剤と外来目標容量〉			
・RAS 阻害薬	容量		
・ $\beta$ 遮断薬	容量		
・MRA	容量		
・SGLT2 阻害薬	容量		
上記 Key drug が導入できていない理由・増量すべき薬剤)			
〈添付書類〉			
〈入院経過〉			
〈その他退院処方〉			
〈備考〉			
検査結果・画像情報に関しては OMNet もご覧ください。			

目標体重、増悪時の対応に関しましては、管理ノートもご参照ください。

退院 1 年後に病診連携を通じて当科外来へご紹介ください。

何卒よろしく願いいたします。