

# 患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方についてよろしく申し上げます。

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

神奈川県立循環器呼吸器病センター

紹介元医療機関

の名称・所在地

心房細動センター 担当医 先生

医師名

TEL. ( — )

受診予定日 月 日 時頃

FAX. ( — )

フリガナ  
患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)

住 所 TEL. — —

紹介目的 心房細動の精査

病名 既往歴

心房細動

現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方

心電図上 心房細動を認めました。 精査・加療・説明よろしくお願いたします。

当院の希望

PT-INR 測定できないので新規抗凝固薬希望

ワルファリン希望

カテーテルアブレーション希望

抗不整脈剤は慣れていないので使用しないことを希望

他 具体的に

添付資料 (無 X-P E・C・G 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像)