

肺高血圧症疑い相談フローチャート

以下に該当する患者様がいらっしゃいましたらご相談ください。

息切れ、呼吸困難、
浮腫などの自覚症状

基礎疾患として
膠原病がある

心電図
右軸偏位、V1の陰性T波

胸部X線
肺動脈拡大、左2弓突出

ある

ない

心エコー検査を実施

できない

できる

BNP > 40pg/ml
NT-proBNP > 125pg/ml

三尖弁逆流速度
3.0 m/s以上

ない

ある

ある

ない

経過観察

循環器内科 / 肺高血圧専門外来
にご紹介ください

経過観察

予 約 申 込 書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号
旭川医科大学病院住 所
名 称

地域医療連携室 宛

主治医 _____

FAX: 0166-69-3044

F A X : ()

TEL: 0166-69-3055

T E L : ()

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	男・女
生年月日	大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 歳)	
住 所	_____		
電話番号	_____ - _____	希望受診日時①*2	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時
希望診療科*1	_____	希望受診日時②*2	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時
患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 現在外来で返事（予約連絡票）を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> その他		

*1 診療科が不明な場合は空欄にしてください。*2 希望受診日がない場合は空欄にしてください。

診 療 情 報 提 供 書

傷病名
依頼目的
既往歴・家族歴
症状経過・検査結果など

- 本用紙は、患者さんのカルテを事前に作成し、来院時に患者さんをお待たせしないための予約申込書です。
- 希望診療科のご指定がない場合は、提供された診療情報をもとに判断させていただきます。
- **本用紙をFAXでお送りください。** 受診日が決まりましたら「予約連絡票」をFAXで返信しますので、患者さんにお渡しください。
- **本用紙は外来予約専用申込書です。緊急を要する場合（即日入院の可能性のある場合）、転院等に関しては、事前に担当科の医師に電話（0166-65-2111）でご相談願います。**