

診療情報提供書

NTT東日本関東病院高血圧・腎臓内科

FAX 0120(34)4810

平成 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

TEL

FAX

担当医

先生

受診第一希望 月 日 時頃
 受診第二希望 月 日 時頃
 受診第三希望 月 日 時頃

医師氏名

印

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|------------|----------------------|--|--|--|----|-------|--|
| 公費負担者番号 | | 保険者番号 | | | | | | | |
| 公費負担医療番号 | | 被保険者証の記号番号 | | | | | | | |
| フリガナ | | 被保険者氏名 | | | | | | 本人・家族 | |
| 患者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日(歳) | | | | | 男・女 | |
| 住所 | 〒 | TEL | | | | | 職業 | | |
| K/SMOOTH 紹介目的 | 高血圧 (外来血圧) _____ / _____ mmHg (家庭血圧) _____ / _____ mmHg | | | | | | | | |

◇評価依頼項目◇

<血圧>

| | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 24時間血圧 | |
|---------------------------------|--|

<心血管病危険因子>

| | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> T-C | |
| <input type="checkbox"/> HDL-C | |
| <input type="checkbox"/> LDL-C | |
| <input type="checkbox"/> TG | |
| <input type="checkbox"/> hs-CRP | |
| <input type="checkbox"/> OGTT | |
| <input type="checkbox"/> インスリン値 | |
| <input type="checkbox"/> インスリン抵抗性 | |

<高血圧標的臓器障害>

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 胸部X線 | |
| <input type="checkbox"/> 安静時ECG | |
| <input type="checkbox"/> 心エコー | |
| <input type="checkbox"/> Holter ECG | |
| <input type="checkbox"/> 脳MRI | |
| <input type="checkbox"/> 脳CT | |
| <input type="checkbox"/> 微量アルブミン尿 | |
| <input type="checkbox"/> 蛋白尿 | |
| <input type="checkbox"/> 腎機能障害 | |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー | |
| <input type="checkbox"/> ABI | |
| <input type="checkbox"/> 眼底所見 | |

<2次性高血圧評価>

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 腎実質性高血圧検査 | |
| <input type="checkbox"/> 腎血管性高血圧PRA測定 | |
| <input type="checkbox"/> 副腎腫瘍腹部エコー | |
| <input type="checkbox"/> 褐色腫瘍エピネフリン | |
| <input type="checkbox"/> 褐色腫瘍ノルエピネフリン | |
| <input type="checkbox"/> 原発性ALD症 | |
| <input type="checkbox"/> クッシング症候群(コルチゾル) | |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺 TSH | |
| <input type="checkbox"/> T3 | |
| <input type="checkbox"/> T4 | |

<その他>

- 栄養指導
- 患者への結果説明必要

<現在の治療薬・ご要望等>