

診療情報提供書

.....年 月 日

宛先： 群馬県立心臓血管センター 安達仁、村田誠

貴院名：.....紹介者名：.....

受診希望日：.....年 月 日 (以下の曜日と時間が受診可能です)

糖尿病関連： 月曜、火曜、水曜、木曜、金曜：14:30、15:00、15:30 (心リハ外来)
水曜、木曜：09:00、09:30、10:00、10:30、11:00 (DM 外来)

心不全関連： 水曜、木曜：14:30、15:00、15:30 (心不全外来)

☆症状のある場合は糖尿病・心不全関連どこの外来でも結構です。

☆緊急時はいつでもOKです。安達・村田に直接お電話下さい(027-269-7455)。

患者氏名：.....性別： 男 ・ 女

生年月日：.....年 月 日

診断： 糖尿病(1型、2型、他)、境界型糖尿病、食後高血糖のみ
肥満
糖脂質代謝異常に合併した狭心症・心筋梗塞
心不全精査・加療
他・特記事項・既往歴

現在の状況：血糖値 (空腹時、随時) mg/dl、HbA1c %、Cr mg/dl

投薬状況：お薬手帳がない場合はご記載をお願いします。

紹介目的：以下のいずれかに○をおつけ下さい。複数でも可能です。

1. 心血管合併症精査 (外来)
2. 心血管合併症精査 (入院)
3. DM 教育入院 (1 週間、2 週間、その他())
4. 肥満コントロール入院
5. 運動処方 (狭心症、心不全の方は保険適応コース、他はヘルスアップコースになります)
6. 睡眠時無呼吸症候群検査
7. 心不全精査・加療、息切れ・むくみ精査、不整脈精査
8. 他 (糖脂質代謝・心疾患関連なら何でもどうぞ.....)

※紹介目的の1~8で○をつけたものに関して次ページの検査メニュー項目へ記入下さい

メニュー (検査が必要な項目の□にチェックつけて下さい)

1. 心血管合併症精査 (外来) : 動脈硬化・血管年齢、心筋虚血などを検査します
動脈硬化・血管年齢関連
ECG、心エコー、FMD、CAVI、ABI、IMT 測定
冠動脈造影 CT (メトホルミンは2日前から中止して下さい)
運動処方・虚血精査 (心肺運動負荷試験あるいはトレッドミル)
基本項目
生化学検査一般
1.5AG、血中 C ペプチド、尿中 Alb/Cr、75g OGTT
2. 心血管合併症検査 (入院)
上記1を入院で行いたい場合上記の1にチェックをつけて下さい。
心臓カテーテル検査
3. DM 教育入院 主治医に一任
1.5AG、血中 C ペプチド、尿中 Alb/Cr、生化学検査一般、一日血糖
(夏には CGM を実施可能となる予定です)
眼底検査
自律神経機能 (RR 間隔)
栄養指導(_____ Kcal)
運動処方・運動療法
腹部 CT (膵臓評価、内臓脂肪断面積測定)
動脈硬化関連検査 (FMD、CAVI、ABI、IMT 測定、必要に応じて冠動脈 CT)
心拡張障害評価関連 (心エコー)
4. 肥満コントロール入院 主治医に一任
生化学検査一般、75g OGTT
腹部 CT (脂肪肝精査、内臓脂肪断面積測定)
栄養指導
運動処方・運動療法
睡眠時無呼吸症候群精査
動脈硬化関連検査 (FMD、CAVI、ABI、IMT 測定、必要に応じて冠動脈 CT)
心拡張障害評価関連 (心エコー)
☆必要に応じて2週間以内の VLCD 行います。
5. 運動処方 (狭心症、心不全の方は保険適応コース、他はヘルスアップコースになります)
心肺運動負荷試験
6. 睡眠時無呼吸症候群検査
PULSOX (その後必要に応じてポリソムノグラフィをお勧めします)
7. 心不全精査・加療、息切れ・むくみ精査、不整脈精査
ECG、胸部 XP、心エコー (必要に応じて運動負荷心エコー)、呼吸機能検査
心肺運動負荷試験 (状態によります) : 重症度評価・運動処方目的
睡眠時無呼吸症候群検査
BNP、生化学検査一般
Holter 心電図、加算平均心電図
必要に応じて冠動脈 CT
ABPM

その他希望

投薬内容.....

治療方針等.....

.....