

かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート

かかりつけ医用



病院名					
患者番号 (ID)				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日

【チェック項目】

- 安静時の息切れ・息苦しさ
- レントゲン所見：肺水腫

いずれかに該当する場合、直ちに救急病院の外来を受診

- レントゲン所見：胸水が以前よりも悪化
- レントゲン所見：心拡大以前よりも悪化
- 自己管理目標で設定した予定外受診の体重
- 脈拍 (回 / 分) 120 以上

いずれかに該当する場合、当日または翌日かかりつけ専門病院の外来を紹介受診

- 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- むくみが以前より悪化
- せきが以前より悪化
- 食欲低下が以前より悪化

2つ以上該当する場合、当日または翌日かかりつけ専門病院の外来を紹介受診

▶▶▶ この項目の有無にかかわらず、ご自身の判断で救急病院や専門病院の受診が必要と思われた場合は、紹介を行ってください。

かかりつけ医	⇒	かかりつけ専門病院または救急病院
--------	---	------------------

※かかりつけ医：日頃から通っている診療所等

かかりつけ専門病院：循環器専門医が常駐し急変時の対応が可能な病院

救急病院：循環器専門医が常駐している救急告示病院