

# 診療情報提供書

北信州虚血性心疾患(IHD)地域連携パス(医療者用) 6M

20 年 月 日

患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名 ( \_\_\_\_\_ )  
 生年月日: \_\_\_\_\_ ステント:  DES  BMS  POBA  
 紹介目的:  連携パス導入  連携パス継続  
 既往歴及び家族歴: \_\_\_\_\_  
 合併症:  高血圧  糖尿病  脂質異常症  腎機能障害  不整脈( \_\_\_\_\_ )

※DES:薬剤溶出性ステント BMS:ベアメタルステント POBA:バルーン拡張術

急性期病院	病院名: _____	診療科名: _____
かかりつけ医	医師名: _____	診療科名: _____
	診療所名: _____	TEL: _____
	医師名: _____	

病院	定期検査:退院6ヶ月後	20	/	/
心カテ予定		20	/	/



施設	病院	診療所	診療所	診療所	診療所	診療所	診療所
経過	退院	1回目(1ヵ月後)	2回目(2ヵ月後)	3回目(3ヵ月後)	4回目(4ヵ月後)	5回目(5ヵ月後)	6回目(6ヵ月後)
実施日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
アウトカム	<input type="checkbox"/> 胸痛がない						
身体所見	<input type="checkbox"/> 血圧 mmHg						
	<input type="checkbox"/> 脈拍 拍/分						
	<input type="checkbox"/> 体重 kg						
検査 (随時)	<b>【血液検査】</b>						
	<input type="checkbox"/> 血算						
	<input type="checkbox"/> HbA1c %						
	<b>【血清脂質】</b>						
検査 (必要時)	<input type="checkbox"/> LDL-C mg/dL						
	<input type="checkbox"/> HDL-C mg/dL						
	<input type="checkbox"/> TG mg/dL						
	<input type="checkbox"/> SCr mg/dL						
服薬	<input type="checkbox"/> 随時血糖 mg/dL						
	<input type="checkbox"/> 心電図						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/> 副作用チェック						
指導・説明	<input type="checkbox"/> 食事指導						
	<input type="checkbox"/> 禁煙指導						
	<input type="checkbox"/> 服薬指導						
	<input type="checkbox"/> リハビリ指導						
病状の注意 点							