

診療情報提供書

(左心耳閉鎖術検討依頼患者用)

徳島赤十字病院
循環器内科

年 月 日

担当医

宛

紹介元医療機関の住所及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男 ・ 女
		職業	
電話番号		生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所			
傷病名	<input type="checkbox"/> 非弁膜症性心房細動 <input type="checkbox"/> その他()		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 治療選択の説明を希望 <input type="checkbox"/> 左心耳閉鎖術を希望		
適応の判断 (当てはまるものに✓してください)			
血栓リスク		出血リスク	
C	心不全・左室機能障害	1	
H	高血圧	1	
A	年齢(75歳以上)	1	
D	糖尿病	1	
S2	脳梗塞・TIAの既往	2	
合計スコア			点
H	高血圧	1	
A	腎障害・肝障害	1~2	
S	脳卒中	1	
B	出血の既往	1	
L	不安定なPT-INR値	1	
E	年齢(65歳以上)	1	
D	薬剤(抗血小板剤)・アルコール	1~2	
合計スコア			点
※ 3点以上で出血ハイリスク			
<input type="checkbox"/> 出血ハイリスク <input type="checkbox"/> 脳梗塞など塞栓症再発予防 <input type="checkbox"/> 大出血の既往 <input type="checkbox"/> 転倒・転落に伴う治療歴 <input type="checkbox"/> びまん性脳アミロイドーシス <input type="checkbox"/> 抗血小板剤2剤以上を長期服用必要			
経過			
現在の処方			
備考			