

市立豊中病院「診察券(IDカード)」☐有☐無

紹介元医療機関 依頼日 年 月 日

ID番号

郵便番号 〒

所在地

紹介先医療機関

市立豊中病院

循環器内科

医師 あて

医療機関名

TEL () -

FAX () -

診療科

医師名(フルネーム)

☐患者さんが2週間以内に電話で予約します。☐WEB予約済

☐患者さんが2週間以内にホームページから予約します。

診療希望日又は曜日 都合の悪い日又は曜日

() ()

フリガナ

患者氏名

生年月日

明・大・昭・平・令

年 月 日

(歳)

性別

男・女

住所

〒

TEL () -

病名

診療

外来

☐精査・治療

入院

☐入院 (☐開放型病床の利用) *当院への入院は、原則として診療医師の判断となります。

病状経過
検査結果

3年以上 冠動脈精査なし
豊中ポイント ≥ 4 点で紹介

豊中ポイント	判定	チェック
LDL コレステロール (mg/dL)	≥140 100-139	☐ 3 点 ☐ 2 点
家庭血圧 (mmHg)	≥140/90	☐ 2 点
HbA1c (%)	≥7.0	☐ 2 点
現喫煙	あり	☐ 2 点
抗血小板薬服用中 (バイアスピリン、クロピドグレル、エフィエントなど) もしくは 冠動脈治療歴あり	あり	☐ 1 点

※ABI < 0.90やCTで冠動脈石灰化がある場合はご紹介下さい。

合計 _____ 点

ご精査のほど宜しく願いいたします。

2026年4月28日 市立豊中病院 循環器内科 改訂

特記事項

☐処方箋 添付あり

*当日持参資料

☐X線 ☐CT ☐MR ☐内視鏡 ☐超音波 ☐心電図 ☐検査記録 ☐薬手帳 ()

「市立豊中病院ネット」をご利用される医療機関さまへ

「市立豊中病院ネット」にて診療情報を閲覧するには患者本人または法定代理人の同意が必要です。ID-Linkへの登録及び市立豊中病院ネットの利用について適切に説明をし同意を得た場合は、下記の□にチェックしてください。

☐「市立豊中病院ネット」にて診療情報を閲覧すること及びID-Linkへ患者の個人情報に登録することを
上記患者または法定代理人へ適切に説明し同意を得ている。

貴院診察券番号(必須)	説明担当者氏名(必須)	診療科・閲覧者を指定する場合はご記入ください。		
	☐ 同上	診療科 (任意)	閲覧者 (任意)	

※ご利用には事前登録が必要です。「市立豊中病院ネット」の詳細、お申込みについてはQRコードまたはホームページをご確認ください。