

関西医科大学総合医療センター 診療情報提供書（紹介状・脂質関連用）
兼 FAX紹介予約申込書（FAX：06-6993-9488）

平成 年 月 日

関西医科大学総合医療センター
循環器内科 山本 克浩 先生 宛

<紹介元医療機関>

所在地
名称
電話番号
FAX番号

医師名： 印

フリガナ	
患者氏名	
患者住所	〒 -
電話番号	() -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳) 男・女
受診歴	関西医科大学総合医療センターでの受診歴(有・無)
希望受信日	平成 年 月 日()

※口にチェックしてください

疾患名	<input type="checkbox"/> 家族性高コレステロール血症(FH) 疑い <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> その他(狭心症 / PAD /)
紹介目的	<input type="checkbox"/> FH診断・治療開始 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 治療強化 <input type="checkbox"/> 二次予防患者・高コレステロール血症 心機能評価 <input type="checkbox"/> その他(狭心症 / PAD /) ※LDL-C高値だけでも構いません。お気軽にご紹介ください。
脂質異常症治療薬	<input type="checkbox"/> 服薬中の脂質低下薬なし <input type="checkbox"/> スタチン製剤(mg) <input type="checkbox"/> その他 ()
LDL-C値	(mg/dL) (治療開始前・現在)
特記事項/ その他治療中病名/ 服薬中薬剤名	(必要がある場合は、別紙に記載して添付願います。)

※FH診断基準

- ①未治療時LDL180mg/dL以上(250mg/dL以上の場合、FHを強く疑う)
- ②腱黄色腫(手背、肘、膝などの腱黄色腫あるいはアキレス腱肥厚)あるいは皮膚結節性黄色腫
- ③FHあるいは早発性冠動脈疾患の家族歴(2親等以内の血族) ※早発性:男性55歳未満、女性65歳未満

<お問い合わせ先>

地域医療連携部 〒570-8507 大阪府守口市文園町 10-15 電話 **06-6993-9444 (直通)**