

大阪警察病院 地域連携室 FAX TEL

大阪警察病院 心房細動 地域連携パス

貴医療機関

医院 TEL

医師ご氏名

FAX

診療希望日 第一希望 月 日 ()、第二希望 月 日 ()、その他 ()

患者基本情報

フリガナ 男 生年月日 昭和・平成・令和

氏名 様 女 年 月 日 歳

住所 〒 - TEL () -

市 区

ご紹介目的 カテーテルアブレーション適応評価 心不全・弁膜症精査

心房細動以外の疾患も含めた全般的な精査

抗凝固療法のご相談

その他

心房細動の自覚症状 なし・軽度・中等度・日常生活に支障あり・日常生活不能

糖尿病 有・無 高血圧症 有・無 脳梗塞既往 有・無

抗凝固療法 未施行 抗血小板薬のみ

について 内服中 プラザキサ (150mg×2・110mg×2)・イグザレルト (15mg・10mg)

エリキユース (5mg×2・2.5mg×2)・リクシアナ (60mg・30mg・15mg)

(1日量)

ワーファリン (mg)

今後の処方 貴施設で ワーファリン プラザキサ イグザレルト

処方可能な薬剤 エリキユース リクシアナ

貴施設での処方が可能

大阪警察病院からの処方をご希望

現病歴・既往歴・処方など (他の形式でも結構です)

*最後に洞調律が確認できた心電図、心房細動時の心電図を添付いただけますと幸いです。

その他情報欄