

氏名				最終治療日: 年 月 日			<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他( )	かかりつけ医
患者ID				<input type="checkbox"/> 1枝 <input type="checkbox"/> 2枝 <input type="checkbox"/> 3枝病変 <input type="checkbox"/> 右冠動脈 <input type="checkbox"/> 前下行枝 <input type="checkbox"/> 回旋枝 <input type="checkbox"/> 左主幹部 <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> ステント無				先生
生年月日		年齢						
経過	初回外来(治療後4週)	PCI後3ヶ月	PCI後6ヵ月	PCI後9ヶ月	PCI後1年	PCI後1.5年	PCI後2年	
受診先	大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	
日時	年 月 日	月に1回	月 日	適宜受診	月 日	適宜受診	月 日	
達成目標	血圧 / LDL HbA1c 採血結果添付	血圧 / LDL HbA1c 血算 肝機能 腎機能 上記3項目異常値提示 願います	血圧 / LDL HbA1c 採血/シンチ結果添付	血圧 / LDL HbA1c	血圧 / LDL HbA1c 採血/画像検査結果添付	血圧 / LDL HbA1c 採血/画像検査結果添付		
検査 かかりつけ(*注1) 市民病院(*注2)	血液尿検査 心電図	血液検査・ECG 月に1回	血液尿検査 心電図 負荷心筋シンチ	必要に応じて	血液尿検査 心電図/心エコー/胸部XP 心臓検査 or MDCT or シンチ	必要に応じて	血液尿検査 心電図/心エコー/胸部XP 心臓検査 or MDCT or シンチ	
情報提供書 (*注3)	病院→かかりつけ医 (紹介状)		病院→かかりつけ医 (紹介状)		病院→かかりつけ医 (紹介状)		かかりつけ医→病院 (病診予約)	
抗血栓療法 (投与量/日) (*注4)	<input type="checkbox"/> アスピリン 81/100mg <input type="checkbox"/> プラビックス 75mg <input type="checkbox"/> エフィエント 3.75mg その他( )		<input type="checkbox"/> アスピリン 81/100mg <input type="checkbox"/> プラビックス 75mg <input type="checkbox"/> エフィエント 3.75mg その他( )		<input type="checkbox"/> アスピリン 81/100mg <input type="checkbox"/> プラビックス 75mg <input type="checkbox"/> エフィエント 3.75mg その他( )		<input type="checkbox"/> アスピリン 81/100mg <input type="checkbox"/> プラビックス 75mg <input type="checkbox"/> エフィエント 3.75mg その他( )	
抗血小板薬 の休薬	原則不可				要相談			
パスの逸脱 (ハリアンス)								