

診療情報提供書(紹介状)

- 年 月 日
- 上福岡総合病院
火(午前・午後)、金(午後) 医療機関名:
- イムス富士見総合病院
月・火・金(いずれも午後)
- さくら記念病院
月～木(午前・午後)、土(午前) 医師氏名:
- 埼玉医科大学総合医療センター
月～土(午前) 腎臓内科(腎・高血圧内科)
- 埼玉医科大学かわごえクリニック
月・水(午前) CKD 外来 担当先生

□欄の該当箇所に、☑を入れて下さい

フリガナ	
患者氏名 : _____ (男・女)	
生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
1) 腎機能低下 または / かつ	<input type="checkbox"/> eGFR <u>50</u> 未満 (ml/min/1.73m ²) ※相当する血清 Cr 値は別紙を参照
2) 尿蛋白	<input type="checkbox"/> <u>(1+)</u> 以上 が <u>連続 2回</u> 以上
【経過・診断】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎機能低下・蛋白尿・血尿の指摘歴 <input type="checkbox"/> 膠原病(自己免疫疾患) <input type="checkbox"/> その他()	
【現在の処方】 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 処方箋のコピー <input type="checkbox"/> お薬手帳) <input type="checkbox"/> なし	
【貴院以外の通院先】 <input type="checkbox"/> あり (医療機関名:) <input type="checkbox"/> なし	
【備考】	

※ 過去の腎機能や尿検査、健康診断の結果があればご同封ください