紹介状・診療情報提供書

年　　月　　日

済生会加須病院

診療科　腎臓内科

医療機関の名称

及び所在地

電話番号

ＦＡＸ

担当医　　　　　　　　　　　　 先生　　　　　　　診療科・医師氏名

＊宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入下さい。

|  |
| --- |
| フ リ ガ ナ患者氏名： 　　　　　　　　　（ 男・女 ）生年月日： 明・ 大・ 昭・ 平・ 令　　　 年　　 月　　 日 （ 　才）住　　所：〒　　　-　電話番号： |
| 【紹介目的】　　　以下の精査をお願いします。 |
|  [ ]  尿蛋白陽性 ( +, ++, +++, ++++ )  [ ]  尿潜血陽性 ( +, ++, +++, ++++ ) [ ]  腎機能低下（eGFR< 60ml/min/1.73m2） |
| 【治療・経過】　 [ ] 糖尿病（　　　　年頃～）、[ ] 高血圧（　　　年頃～）、[ ] 脂質異常症（　　　年頃～）、[ ] 心疾患（　　　年頃～）、[ ] （　　　　　）で加療中（　　　　年頃～）　 [ ] 検診で指摘【治療・経過補足】 |
| 【現在の処方】 [ ] 同封の処方箋の写しを参照下さい　[ ] 持参するお薬手帳をご参照下さい　[ ] コメント・備考   |
| 【今後の治療】　[ ] 　精査後は当院のみで診察希望　[ ] 　定期的な併診希望　[ ] 　腎臓専門医のみで診察希望[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【コメント欄】 |