

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

濟生会加須病院

診療科 腎臓内科

医療機関の名称
及び所在地
電話番号
F A X

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。

<p>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： _____</p>
<p>【紹介目的】 以下の精査をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性 (+, ++, +++, +++++) <input type="checkbox"/> 尿潜血陽性 (+, ++, +++, +++++) <input type="checkbox"/> 腎機能低下 (eGFR< 60ml/min/1.73m²)</p>
<p>【治療・経過】</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 (_____ 年頃～)、<input type="checkbox"/> 高血圧 (_____ 年頃～)、 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (_____ 年頃～)、<input type="checkbox"/> 心疾患 (_____ 年頃～)、 <input type="checkbox"/> (_____) で加療中 (_____ 年頃～) <input type="checkbox"/> 検診で指摘</p> <p>【治療・経過補足】</p>
<p>【現在の処方】</p> <p><input type="checkbox"/> 同封の処方箋の写しを参照下さい <input type="checkbox"/> 持参するお薬手帳をご参照下さい <input type="checkbox"/> コメント・備考</p>
<p>【今後の治療】</p> <p><input type="checkbox"/> 精査後は当院のみで診察希望 <input type="checkbox"/> 定期的な併診希望 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医のみで診察希望 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>【コメント欄】</p>