診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　（CKD医療連携）　　　　　　年　　　月　　　日

　同愛記念病院　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地 ： 〒

腎臓内科　　　診療担当先生　　　　　　　　医療機関名 ：

　医師名 ：　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　ふりがな

　　　　　患者氏名

傷病名

（既往含）

紹介目的 □今後の治療方針　□患者教育　□食事指導　□腎障害の原因疾患把握

(複数チェック可) □その他（ ）

留意すべき治療経過

* 紹介理由

□尿所見異常　□腎機能障害（eGFR<50）□その他（ ）

* 検査結果

□別途送付

尿蛋白（　―　　 ±　　 1＋　　２＋　　３＋　　）

尿潜血（　―　　 ±　　 1＋　　２＋　　３＋　　）

尿中蛋白濃度 mg/dl 尿中クレアチニン濃度　 　　　　mg/dl

血清　Cre濃度 mg/dl eGFR 　　　　ml/min/1.73㎡

その他（ ）

現在の処方 処方箋の写し添付 お薬手帳持参

今後の治療 □CKDの評価終了後、紹介元のみでの診療を希望

□定期的な併診を希望

□全面的に腎臓専門医での加療を希望

□その他（ ）

コメント(何か留意点やご要望などありましたらご記載ください)

同愛記念病院 地域医療連携室(予約受付) 03-5608-3237