

# 紹介状・診療情報提供書

年 月 日

濟生会栗橋病院

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。

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/1.73m<sup>2</sup> )

【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】