

紹介状・診療情報提供書

(深谷赤十字病院腎臓内科 CKD連携クリニカルパス)

年 月 日

深谷赤十字病院

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 _____ 年 月 日 (才)

【紹介目的】 以下について、精査 加療 をお願いします。
尿蛋白陽性 (+, ++, +++, +++++)
腎機能低下 (eGFR< 60ml/min/1.73m²)

【治療・経過】
糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、その他 () で
加療中に上記尿異常を確認した。
検診で上記異常を指摘される。

【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。

【今後の治療】
精査後は貴院のみで診察希望
定期的な併診希望
当科のみで診察希望
その他 ()

【コメント欄】