

紹介状・診療情報提供書

(埼玉県立循環器・呼吸器病センター腎臓内科 CKD連携クリニカルパス)

年 月 日

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

医療機関の名称
及び所在地

診療科 腎臓内科

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】