**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）**

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

年 月 日

担当医 先生

＊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】 |

診療科・医師氏名