

紹介状・診療情報提供書

(HHS-CKD連携)

年 月 日

埼玉医科大学病院

医療機関の名称
及び所在地

電話番号

F A X

診療科 腎臓内科

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】 以下の精査をお願いします。 <input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性 (+, ++, +++, +++++) <input type="checkbox"/> 尿潜血陽性 (+, ++, +++, +++++) <input type="checkbox"/> 腎機能低下 (eGFR< 60ml/min/1.73m ²)
【治療・経過】 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 高血圧、 <input type="checkbox"/> 脂質異常症、 <input type="checkbox"/> 心疾患、 <input type="checkbox"/> () で加療中 <input type="checkbox"/> 検診で指摘 【治療・経過補足】
【現在の処方】 <input type="checkbox"/> 同封の処方箋の写しを参照下さい。 <input type="checkbox"/> 持参するお薬手帳をご参照下さい。
【今後の治療】 <input type="checkbox"/> 精査後は当院のみで診察希望 <input type="checkbox"/> 定期的な併診希望 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医のみで診察希望 <input type="checkbox"/> その他 () 【コメント欄】