

診療情報提供書（腎臓内科用）

年 月 日

春日井市民病院 腎臓内科

医師名 _____ 先生 侍史

医療機関名 _____

紹介医師名 _____

電 話 _____

F A X _____

1 患者情報

受診者氏名 _____ (男 女)

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

2 紹介目的

※該当する項目に○印を記入してください。

尿蛋白陽性 (+、 ++、 +++、 ++++)

尿潜血陽性 (+、 ++、 +++、 ++++)

腎機能低下 (eGFR<60ml/min/1.73m²)

3 治療・経過

※該当する項目に○印を記入してください。

糖尿病 高血圧 脂質異常症 心疾患 ()で加療中

検診で指摘

【治療・経過補足】 ※血液検査、尿検査の結果があれば添付してください。

4 現在の処方

※該当する項目に○印を記入してください。

添付した処方箋の写しを参照ください。

持参するお薬手帳をご参照ください。

5 今後の治療

※該当する項目に○印を記入してください。

精査後は紹介元で診察希望

春日井市民病院と紹介元で定期的な併診察希望

春日井市民病院で診察希望

【コメント】