

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先

清瀬博済堂クリニック 病院・医院 腎臓内科 科

外来担当医 先生 御机下

下記患者さんをご紹介申し上げます。御高診よろしくお願ひ申し上げます。

医療機関
所在地・名称
電話番号

医師氏名

印

患者	氏名	(フリガナ:)				
	住所					
	電話番号					
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生(歳)	性別 男・女

病名	1.	2.	3.
	4.	5.	6.

既往歴等の有無	① 腎疾患の既往 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 年 月
	② その他疾病など: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 年 月 年 月

現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 内容 年 月 内容

腎機能経過	BUN(mg/dl)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	CRE(mg/dl)	検査データのコピーで結構です。				
	尿蛋白	<現在の処方>手帳のコピーで結構です。 臨時薬・薬の変更ございますか？				
	尿潜血					

血液・尿検査	検査実施日:平成 年 月 日	検査データのコピーで結構です。				
	BS	mg/dl	RBC	/μl	TP	g/dl
	HbA1c	%	Hb	g/dl	Alb	g/dl
			Ht	%	UA	mg/dl
			PLT	/μl	尿蛋白定量	mg/dl

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 腎疾患の治療	<input type="checkbox"/> 診断治療全般
	<input type="checkbox"/> 入院の必要性について	<input type="checkbox"/> 栄養指導の希望	<input type="checkbox"/> 診断後 紹介元へもどす

紹介コメント	腎性貧血のコントロールのみ希望 高Kのコントロールのみ希望 骨代謝に関して 心機能評価 脳血管障害対策 糖尿病薬の選択・減量について などお気軽にご相談ください。
--------	---