

公立陶生病院 CKD診療情報提供書

西暦 年 月 日

公立陶生病院 腎臓内科

医師名：

※医師に指定がない場合は空欄で結構です。

TEL：0561-82-1609

FAX：0561-87-1636

紹介元情報

所在地

施設名

医師名

TEL番号

FAX番号

患者情報

| | | | | | | | | |
|------|--|------|----------------|-----|-----|-----|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和・西暦 | | | 年 | 月 | 日 |
| 患者氏名 | | 年齢 | 歳 | 男・女 | TEL | () | - | |

紹介目的(複数チェック可)

- 腎障害の精査 今後の治療方針 定期併診 食事指導 患者教育
 その他 ()

検査所見(わかる範囲で記載してください) 検査日： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|---|----|----|--------------------|-------------------------|---|---|----|----|----|
| 血清Cr | mg/dl | | | | eGFR | ml/分/1.73m ³ | | | | | |
| 尿蛋白 | - | ± | 1+ | 2+ | 3+ | 尿潜血 | - | ± | 1+ | 2+ | 3+ |
| 尿蛋白/尿Cr | (g/gCr) | | | | 血压 | / mgHg | | | | | |
| Hb | g/dl | | | | ※検査値の写しの添付をお願いします。 | | | | | | |

| | |
|-----------|---|
| 主要所見 | <input type="checkbox"/> 健診での尿異常 <input type="checkbox"/> 診察時における尿異常 <input type="checkbox"/> 血清Crの上昇 <input type="checkbox"/> 前回受診時と大きな変化なし <input type="checkbox"/> その他 () |
| 既往歴、家族歴 | |
| 症状 | 特になし・あり () |
| 症状経過、治療経過 | |
| 現在の処方 | 処方箋の写し添付・お薬手帳等の持参 |
| 今後の治療 | <input type="checkbox"/> CKDの評価終了後は当院(紹介元)のみでの診療を希望 <input type="checkbox"/> 定期的な併診を希望 <input type="checkbox"/> その他 () |
| コメント欄 | |