|  |  |
| --- | --- |
| 【紹介先医療機関名】 　埼玉医科大学病院　腎臓内科医師名　 　　  殿 | 【紹介元医療機関】 医療機関名　 　（住所：電話番号）医師名　　 　　　　　　 　　　　　　印 |
| フリガナ患者名 　　 　 　　　　様 | 性別男 ・ 女  | （当院受診歴有）ID |
| 患者住所　　〒　　　－ | 電話番号　（　　　　） |
| 生年月日 M・T・S・H 　 　年　　月　　日 　（　　　歳） | 職業  |
| 既往歴・家族歴  |
| 【受診希望日】　西暦　20　　年　　月　　日 | 【記載日】　西暦　20　　年　　月　　日 |
| 【紹介目的】（複数チェック可）□蛋白尿・血尿の原因　　　□血清クレアチニン上昇の原因　　　 □腎生検 　□CKDの治療方針　　　　 □高血圧の治療方針 □患者教育、食事指導　 □透析導入（内シャント造設含む） 　　□内シャント不全（ＰＴＡ、再建〈グラフト以外〉）□透析困難　　　　　　　　□検査のみ（検査名：　　　　　 　　　　　　　　　 　）□その他（　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　　　 　） |
| 【診断・原疾患】（わかる範囲で記載してください。） |
| 【症状経過】（わかる範囲で記載してください。）  |
| 【検査結果】（あれば添付もしくは記載してください。） □検査結果別途添付 検査日　西暦20　　年　　月　　日 **尿検査** 尿蛋白　－ ± 1+ 2+ 3+ （蓄尿蛋白　　mg/日、蛋白・クレアチニン比　　　mg/gCr）尿潜血　－ ± 1+ 2+ 3+ **血液検査** BUN mg/dL クレアチニン　　 mg/dL　（eGFR mL/分/1.73㎡） **特殊検査**（追加すべき結果を記載してください。）   |
| 【治療経過】（わかる範囲で記載してください。） |
| 【薬剤】　　　　□処方箋のコピー添付　　　　　　□お薬手帳持参 |
| 【今後の診療】 □依頼事項終了後も腎臓病のみ当院での診療を希望　 □定期的な併診を希望　□依頼事項のみで可。必要に応じて再依頼 □その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |