

診療情報提供書

(埼玉医科大学腎臓内科地域連携ネットワーク)

【紹介先医療機関名】

埼玉医科大学病院 腎臓内科
医師名

【紹介元医療機関】

医療機関名
(住所：電話番号)

殿

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)			
<input type="checkbox"/> 蛋白尿・血尿の原因 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン上昇の原因 <input type="checkbox"/> 腎生検			
<input type="checkbox"/> CKD の治療方針 <input type="checkbox"/> 高血圧の治療方針 <input type="checkbox"/> 患者教育、食事指導			
<input type="checkbox"/> 透析導入 (内シャント造設含む) <input type="checkbox"/> 内シャント不全 (PTA、再建〈グラフト以外〉)			
<input type="checkbox"/> 透析困難 <input type="checkbox"/> 検査のみ (検査名：)			
<input type="checkbox"/> 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。)			
<input type="checkbox"/> 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 m ²)			
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】 <input type="checkbox"/> 処方箋のコピー添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳持参			
【今後の診療】 <input type="checkbox"/> 依頼事項終了後も腎臓病のみ当院での診療を希望			
<input type="checkbox"/> 定期的な併診を希望 <input type="checkbox"/> 依頼事項のみで可。必要に応じて再依頼			
<input type="checkbox"/> その他 ()			