

※診療情報提供書FAXの事前提供にご協力下さい。

診療情報提供書 (目黒区CKD対策ネットワーク)			
紹介医療機関		年	月 日
<input type="checkbox"/> 東邦大学医療センター大橋病院	所在地：〒		
<input type="checkbox"/> 東京医療センター <input type="checkbox"/> 東京共済病院	医療機関名：		
<input type="checkbox"/> 三宿病院 <input type="checkbox"/> 厚生中央病院	医師名：		
腎臓内科	電話番号：		
先生			
フリガナ	生年月日	年	月 日
氏名	年齢 才	男・女	職業
住所			
傷病名			
紹介目的			
<input type="checkbox"/> 尿検査異常精査			
<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病の精査・加療			
<input type="checkbox"/> 腎代替療法(血液透析・腹膜透析・腎移植)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
現病歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過			
合併症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞			
<input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 下肢閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
嗜好品 <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり			
検査結果があれば添付して下さい			
尿検査	尿蛋白(- ± 1+ 2+ 3+)	尿潜血(- ± 1+ 2+ 3+)	
	尿蛋白濃度(mg/dl)/尿クレアチン値(mg/dL)		g/gCr
血液検査	血清クレアチン値	mg/dL	e-GFR mL/min/1.73m ²
処方	処方箋の写し添付・お薬手帳持参		
備考	<input type="checkbox"/> CKD評価終了後は当院での診療希望 <input type="checkbox"/> 定期的な併診希望		
今後の方針	<input type="checkbox"/> CKDに関してのみ腎臓専門医で加療希望		
	<input type="checkbox"/> 全面的に腎臓専門医で加療希望		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

※経時的データがあれば、同封して下さい。