CKD 診療連携用　診療情報提供書

年　　月　　日

紹介先：横浜南共済病院

担当科：腎臓高血圧内科　　医療機関名称

医師名：　　所在地

先生　　電話番号

宛先医師名が不明の場合は空欄で結構です.

フリガナ

患者氏名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）　　性別（　男　・　女　）

【紹介目的（複数チェック可）】以下の項目につき診療依頼

□検尿異常　→　□尿蛋白陽性（□±～２＋，□３＋～）　□尿潜血陽性　□その他：

□eGFR 低下・クレアチニン上昇

□CKD 患者教育・栄養指導　□腎代替療法選択外来　□透析導入

□急性腎障害　□腎性貧血　□電解質異常

□検査のみ希望（検査名：　　）　□その他：

【紹介元におけるこれまでの経過】

□検診などで指摘，または初診（経過不明）

□現在まで継続加療中

□CKD（ステージ G：　　A：　　，原疾患：　　）　□腎性貧血

□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症　□慢性心不全

□心房細動　□狭心症・心筋梗塞　□脳梗塞・TIA　□末梢動脈疾患

□気管支喘息　□甲状腺機能低下症　□甲状腺機能亢進症

□その他：

【経過の補足　（別紙添付可）】

【処方】

□同封の処方箋の写しを参照ください.　□持参するお薬手帳を参照ください.

【今後の方針】

□二人主治医体制を希望（横浜南共済病院腎臓高血圧内科医師と紹介元医師）

□横浜南共済病院腎臓高血圧内科のみでの診療依頼

□紹介元医師のみでの診療希望

□その他：

過去の検査データを添付または患者様に持参させてください（別日施行のものが２点以上あると助かります）.