

芦屋セントマリア病院 CKD病診連携紹介状・診療情報提供書

貴院の診療情報提供書に添付してご利用される場合、患者氏名以外で重複する項目の記入は不要です。

FAX : 0797-32-5130

TEL : 0797-23-0620 (地域連携室直通)

所在地 :

医療機関名 :

紹介先: 芦屋セントマリア病院

診療科: 腎臓内科

医師名 :

医師名: 原納 育子

TEL :

フリガナ		生年月日	年	月	日	
患者氏名		年齢	歳	男	・	女
住所						

傷病名	
紹介目的 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> CKDについての治療方針検討 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 腎代替療法（血液透析・腹膜透析・腎移植）に関する説明 <input type="checkbox"/> 血液透析導入
紹介基準	<input type="checkbox"/> eGFR50未満 <input type="checkbox"/> 尿蛋白2+以上 または尿蛋白/尿Cr0.5以上 <input type="checkbox"/> 蛋白尿と血尿がともに（1+）以上 <input type="checkbox"/> その他
既往歴及び家族歴	
最新の検査所見	年 月 日 血清クレアチニン () mg/dl 尿蛋白 () 尿蛋白/尿Cr () g/g・Cr 尿潜血 ()
症状の経過及び検査所見の推移	データを持参される場合は、記入不要です。
現在の処方	おくすり手帳を持参される場合は記入不要です。
治療の経過 特に処方の変更履歴	腎機能の変化を認めた時期の変更履歴については、詳細をご記入ください。
備考	今後の治療 <input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> 可能な限り自院で診る <input type="checkbox"/> 全面的に腎臓専門医で加療希望 <input type="checkbox"/> その他 () コメント欄

出来る限りおくすり手帳や過去の検査所見の持参をお願い致します。