クリックして日付を入力してください。

紹介状・診療情報提供書（4s-CKD診療連携プログラム）

病院名

診療科：腎臓内科

　　　　　　　 　　先生

**医療機関の名称及び所在地**

医療施設名：

郵便番号：

住所：

電話番号：

FAX ：

診療科：

医師氏名：

|  |
| --- |
| フリガナ：  患者氏名：　 　 （性別：選択）  生年月日： 年号選択 　年 選択 月 選択 日 （ 　　　　才） |
| 【紹介目的】　　以下の精査をお願いします。 |
| |  |  | | --- | --- | | 40歳未満 | 40歳以上 | | 腎機能低下 (eGFR<60ml/分/1.73m2) | 腎機能低下（eGFR<45ml/分/1.73m2) | | 尿蛋白 (+１ 以上） | 尿蛋白 (+１ 以上） | | 尿潜血 (＋1 以上） |  | |
| 【治療・経過】  糖尿病　 高血圧症　 脂質異常症　 心疾患　 その他（ 　）で加療中  検診で腎機能低下・尿検査異常を指摘された  【経過補足】  過去の腎機能・検尿結果はありません。  過去の腎機能・検尿結果があります。  同封します　以下に示します  （ 　　） |
| 【現在の処方】  同封の処方箋の写しをご参照下さい　 持参するお薬手帳をご参照下さい |
| 【慢性腎臓病に対する今後の治療方針】  精査後は当院 (紹介医) のみでの診察を希望する  定期的な併診を希望する  専門病院のみで診察を希望する  その他（ 　　）  【コメント欄】 |