

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 _____ 月 _____ 日（ _____ 才）

【紹介目的】 以下の精査をお願いします。

☐ 40歳未満

☐ 腎機能低下 (eGFR<60ml/分/1.73m²)

☐ 尿蛋白 (+1 以上)

☐ 尿潜血 (+1 以上)

☐ 40歳以上

☐ 腎機能低下 (eGFR<45ml/分/1.73m²)

☐ 尿蛋白 (+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】