

福井県 CKD 病診連携 紹介状【初診用】(診療情報提供書)

年 月 日

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診のほどよろしくお願い致します。

<紹介先医療機関> 医療機関名 診療科 担当医 先生 <small>*宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入ください。</small>	医療機関の名称 及び所在地 電話番号 F A X 診療科・医師氏名
---	---

(フリガナ) ()
患者氏名 (男・女)
生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 (才)
患者住所

<紹介目的> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 ア 尿蛋白 2 + 以上
 イ 尿蛋白 1 + 以上 かつ 尿潜血 1 + 以上 が持続
 ウ eGFR45 未満
 エ eGFR 低下速度が年間 5 以上

<既往歴・治療・経過> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 糖尿病 高血圧 心疾患 高脂血症 その他 () で加療中
 検診で指摘
<補足>

<現在の処方> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 同封の処方箋の写しをご参照ください。 持参するお薬手帳をご参照ください。

【自由記載・コメント欄】

<紹介後の方針> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 専門医の判断に任せる 可能な限り自院で診る 主たるフォローを専門医へ任せたい。