**診療情報提供書**（松阪地区CKD連携　**かかりつけ医**→腎臓医）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

紹介先医療機関等名

担当医 　　　　科　　　　　　　　　　　　先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 患者氏名  患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女  電話番号  生年月日 明・ 大・ 昭・ 平　　　　年　　　月 日 （ 歳）　職業 |
| 疾病名　　□慢性腎臓病　□高血圧症　□糖尿病  　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 紹介目的　□慢性腎臓病の精査・治療方針の確立  　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴及び家族歴   * 特記事項なし * 特記事項あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 症状経過及び検査結果　　以下の状況を認めます。   * 尿蛋白陽性（　±　　＋　　⧺　　⧻　） * 尿潜血陽性（　＋　　⧺　　⧻　） * eGFR ＜ 60ml/分/1.73m2 * その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療経過   * 慢性腎臓病は未治療です。 * eGFRが次第に低下しています。 * その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の処方   * 同封の処方箋の写しを参照下さい。　　　□　持参するお薬手帳をご参照下さい。 |
| 【備考】 |