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/1.73m^2

□　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】