

CKD治療用 診療情報提供書

〒243-0034 神奈川県厚木市船子237番地
社会医療法人社団三思会

年 月 日

紹介元

所在地

とうめい厚木クリニック 腎代謝内科

医療機関名

担当医 宛

電話番号

お問い合わせは地域連携室までお願いします

FAX番号

TEL 046-229-1771(代表)

依頼医師名

FAX 046-229-1779(直通)

印

フリガナ			
患者名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日 年齢 歳
住所			
電話番号		携帯番号	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 右記の精査 <input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性 (1+ 2+ 3+ 4+) <input type="checkbox"/> 尿潜血陽性 (1+ 2+ 3+ 4+) <input type="checkbox"/> 腎機能の低下 (eGFR<60ml/分/1.73m ²) <input type="checkbox"/> CKD療法選択外来 <input type="checkbox"/> CKD栄養指導 (降圧・減塩・低たんぱく食など)
併存疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他()で加療中
今後の治療	【慢性腎臓病(CKD)について】 <input type="checkbox"/> 精査後は 貴院 (紹介元医療機関)のみでの診療を希望する <input type="checkbox"/> 定期的な 当院 (とうめい厚木クリニック)の併診を希望する <input type="checkbox"/> 今後は CKDについてのみ 当院 (とうめい厚木クリニック)での対応を希望する <input type="checkbox"/> 今後は CKD以外の併存疾患も含め全て 当院 (とうめい厚木クリニック)での対応を希望する <input type="checkbox"/> その他() 【腎性貧血について】 <input type="checkbox"/> 治療開始時より 貴院 (紹介元医療機関)での対応が可能 <input type="checkbox"/> 今後は 当院 (とうめい厚木クリニック) での対応を希望 <input type="checkbox"/> その他()