**紹介シート(診療情報提供書)**

北播磨総合医療センター

診療科　腎臓内科

医療機関の名称　　　　及 び 所 在 地

電 話 番 号Ｆ Ａ Ｘ

年 月 日

担当医 先生

＊宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入下さい。

|  |
| --- |
| フ リ ガ ナ  患者氏名 （ 男・女 ）  生年月日 明・ 大・ 昭・ 平 年 月 日 （ 才） |
| 【紹介目的】　　　以下について、□精査 □加療 をお願いします。 |
| □ 腎機能低下（eGFR< 45ml/min/1.73m2） (*eGFR \_\_\_\_ml/min*)  □ 尿蛋白陽性 (1+以上 ). □ 尿潜血＆尿蛋白 陽性 (沈渣 \_\_\_/HPF )  □ その他 (詳細は下記) |
| 【治療・経過】  　　 □糖尿病、□高血圧、□脂質異常症、□心疾患、□（　　　　　）で加療中  　 □検診で、上記異常を指摘される。  【治療・経過補足】(発病からの経過、貴院加療疾患との関連など、ご記載下さい) |
| 【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。 |
| 【今後の診療形態のご希望】  　□　定期的な併診希望  　□　当科(腎臓専門医)のみで診察希望  □　その他（精査後は貴院のみで診察希望、など）  【コメント・自由記載欄】 |

診療科・医師氏名