診療情報提供書

クリニック用

年　　　　月　　　　日

〒901-2102

住所：

医療機関名：

医師名：

電話番号：

沖縄県浦添市前田1丁目56番地1号

TEL：098-878-0231　FAX：098-875-3261

浦添総合病院

腎臓内科　　担当医師

|  |
| --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女  生年月日：　T　・　S　・　H　・　R　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳）  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |
| 【傷病名または主症状】 |
| 【紹介目的】  □　腎機能低下  　　　　□ eGFR 30-44　　　□　eGFR　15-29　　　□　eGFR　＜15  □　SDM外来（腎代替療法選択の説明）希望    □　検尿異常  　　　　□　血尿・蛋白尿　　　□　蛋白尿  　　　　　もし尿沈査・定量検査実施ありましたら、下記記載お願いします。  （尿赤血球　　　　　　個/HPF、　尿蛋白　　　　　　g/gCr）   * 電解質・酸塩基平衡異常   □Na　　□K　　□Ca　　□P　　□Mg　　□酸塩基平衡異常  □　その他 |
| 【検査結果、現在の処方】  　　　検査結果、処方（本人持参のお薬手帳でも可）添付 |
| 【臨床経過及び既往歴・その他（記載できる範囲で結構です）】 |