

紹介状・診療情報提供書 (STS-CKD連携)

年 月 日

埼玉医科大学病院

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

担当医 先生

診療科・医師氏名

*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】 以下の精査をお願いします。

☐ 尿蛋白陽性 (+, ++, +++, +++++)

☐ 尿潜血陽性 (+, ++, +++, +++++)

☐ 腎機能低下 (eGFR< 60ml/min/1.73m²)

【治療・経過】

☐ 糖尿病、☐ 高血圧、☐ 脂質異常症、☐ 心疾患、☐ () で加療中

☐ 検診で指摘

【治療・経過補足】

【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。

【今後の治療】

☐ 精査後は当院のみで診察希望

☐ 定期的な併診希望

☐ 腎臓専門医のみで診察希望

☐ その他 ()

【コメント欄】