

※かかりつけ医より紹介の際にご利用ください。
各医療機関の書式を使用しても構いません。

紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

田川市立病院

腎臓内科

外来御担当先生 侍史

〒825-8567

福岡県田川市大字糶1700番地2

TEL : 0947-46-5213

FAX : 0947-46-5030

紹介医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

患者氏名 (必須) _____ (男・女)

生年月日 (必須) T・S・H 年 月 日 (歳) 職業 _____

住 所

傷病名 (主訴) #. 慢性腎臓病

#.

#.

既往症

家族歴

紹介目的 慢性腎臓病に対する精査・加療のお願い

症状経過、検査結果、治療経過

平素より大変お世話になっております。当患者は、特定健診で慢性腎臓病の可能性を指摘され、当院で再検査した結果、腎専門医紹介基準に該当しました。つきましては、貴科的精査・加療のほど宜しくお願い致します。尚、再検査の結果は別紙(様式2)を参照ください。

(経過等、付記すべきことがありましたら記載してください)

現在の処方

備考