

診療情報提供書(逆紹介用)

紹介先医療機関名 _____
 _____ 先生侍史

平成 年 月 日

患者氏名	_____	性	_____	職業	_____
生年月日	_____	年齢	_____		
患者住所	_____			TEL	_____
傷病名	_____				
紹介目的	ご報告				
既往歴 家族歴	_____				
検査結果	血清Cr	_____	mg/dl	尿蛋白/Cr比	_____
	eGFR	_____		尿Alb/Cr比	_____
	HbA1c	_____	%	その他(自由記載)	
	尿蛋白 定性	_____			
	尿潜血 定性	_____			
CKD原疾患	_____			その他	_____
CKD重症度	G: _____	A: _____			
DM腎症病期	_____				
今後の 治療方針	<input type="checkbox"/> 貴院でのフォローアップをお願い致します。				
	<input type="checkbox"/> 貴院と当科で併診させてください。 予定: _____ヶ月毎				
	<input type="checkbox"/> 当院でフォローアップさせてください。				
	<input type="checkbox"/> 当院でさらに精査させてください。				
	<input type="checkbox"/> 精査・加療のため他の医療機関に紹介します。 紹介先: _____				
症状経過 治療経過	_____				
処方薬	_____				
備考	_____				

田川市立病院

〒825-8567 田川市大字糺1700番地2

代表 TEL 0947-44-2100

医療連携室 TEL 0947-46-5213 / FAX 0947-46-5030

腎臓内科

担当医 _____ 印