

報告書

市町村名

_____ 市町村長 殿
特定健診担当者 殿

平成 年 月 日

下記の方につきまして、受診された結果をご報告いたします。

患者氏名 _____	性 _____	職業 _____
生年月日 _____	年齢 _____	
患者住所 _____		TEL _____
紹介元 医療機関 _____		先生 _____
傷病名 _____		
検査結果	血清Cr _____ mg/dl	尿蛋白/Cr比 _____ g/gCr
	eGFR _____	尿Alb/Cr比 _____ mg/gCr
	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"/> かかりつけ医にフォローアップを依頼しました。 <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医で併診します。 予定: _____ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 当院でフォローアップします。 <input type="checkbox"/> 当院でさらに精査します。 <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: _____	
その他 連絡事項		

田川市立病院

〒825-8567 田川市大字糶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