

診療情報提供書(逆紹介用)

紹介先医療機関名 _____ 年 月 日

_____ 先生侍史

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	_____ 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"/> 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	_____				

()病院

〒() ()

代表 TEL ()

医療連携室 TEL () / FAX ()

科 担当医 _____ 印

報告書

市町村名

_____ 市町村長 殿
健診担当者 殿

_____ 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	_____	

()病院

〒() ()

代表 TEL ()

医療連携室 TEL () / FAX ()

科 担当医 _____ 印