

CKD症例情報提供書

年 月 日

大館市立総合病院 循環器内科（腎臓外来）

担当医 宛

医療機関名：

医師名：

フリガナ	
患者氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（男・女）

①傷病名	慢性腎臓病（CKD）
②紹介目的 （複数可）	<input type="checkbox"/> 精査依頼 <input type="checkbox"/> 方針確認・処方調整 <input type="checkbox"/> 患者教育 <input type="checkbox"/> 透析・移植の相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）
③経過	（簡単で構いません）
④紹介理由	<input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 尿潜血持続 <input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性 <input type="checkbox"/> その他（ ） ◆検査結果、処方内容があれば、添付してください
⑤今後の治療	<input type="checkbox"/> CKDの評価・治療介入後は紹介元での診察を希望 <input type="checkbox"/> 今後、全面的に腎臓専門医での診察を希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑥備考	