

## 診療情報提供書 (腎臓内科診療予約申し込み書)

石巻赤十字病院

腎臓内科 担当医 宛

紹介元医療機関名

診療科

担当医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ		男・女	生年月日	西暦	19	年	月	日
名前				20				
住所	〒 ー							
紹介目的								
<input type="checkbox"/> 腎障害の原因検索			<input type="checkbox"/> 進展抑制・治療強化			<input type="checkbox"/> 腎不全管理・腎代替療法の導入		
紹介基準								
<input type="checkbox"/> 検尿異常			<input type="checkbox"/> 腎機能障害			<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に30%以上の腎機能低下		
<input type="checkbox"/> その他( )								
基礎疾患・合併症								
<input type="checkbox"/> 高血圧(罹患歴約 年)			<input type="checkbox"/> 糖尿病(罹患歴約 年、網膜症 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)					
<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞			<input type="checkbox"/> 心不全			<input type="checkbox"/> 脳血管疾患		
						<input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患		
						<input type="checkbox"/> 悪性腫		
臨床経過(別途紹介状にご記載頂く形でも問題ありません)								
紹介後の方針(ご意向に添えない場合がございますので、ご了承ください)								
<input type="checkbox"/> 専門医の判断に任せる			<input type="checkbox"/> 今後の診察を依頼したい			<input type="checkbox"/> 自院で診る		
受診希望日				予約申し込み方法				
<input type="checkbox"/> 出来るだけ早く		<input type="checkbox"/> いつでも良い		<input type="checkbox"/> 医療機関からの申し込み				
<input type="checkbox"/> その他ご要望( )				<input type="checkbox"/> 患者さんからの申し込み				
内服薬(可能な限りお薬手帳のコピーを添付ください)								

下記の欄に検査結果を記入してください。

●腎予後予測のため、長期通院されている患者は少なくとも3年以上の腎機能推移を添付してください。

日付	Cr (eGFR)	尿蛋白	尿潜血
(記入例) 2014/9/3	1.8 (30)	0.7 g/gCre	2+

※医療関係者各位

- ご記入後、総合患者支援センターまでお薬手帳のコピー、腎機能推移のデータ(長期通院されている患者の場合)と一緒にFAXでお送りください。
- 予約日当日は、「診療情報提供書(原本)」「予約票」「マイナンバーカード(又は健康保険証)」「お薬手帳」を持参するようご案内をお願いします。
- 申込み書に記入する個人情報については、診療に必要な患者登録、診療予約等の業務にのみ利用します。

問い合わせ先 石巻赤十字病院 総合患者支援センター TEL:0225-21-7240(直通)

《Ver 2.0》