紹介状・診療情報提供書
新百合ヶ丘総合病院CKD連携パス（かかりつけ医→専門医）

年　　月　　日

紹介先：新百合ヶ丘総合病院
担当科：腎臓内科
医師名：　　先生

医療機関名称
及び所在地
電話番号

*宛先医師名が不明の場合は科名のみで結構です.

フリガナ
患者氏名
生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

性別
（　男・女　）

【紹介目的（複数チェック可）】以下につきお願いします

☐検尿異常精査　☐尿蛋白陽性 (☐1+, ☐2+, ☐3+, ☐4+)
☐尿潜血陽性 (☐1+, ☐2+, ☐3+, ☐4+)　☐その他
☐腎機能低下（eGFR< 60 ml/min/1.73m^2）　☐CKD患者教育・食事指導
☐腎不全療法選択外来　☐透析導入（HD・PD・未定）　☐電解質異常治療
☐急性腎障害治療　☐腎性貧血治療（ESA，HIF-PH阻害薬導入・継続）
☐検査のみ希望（検査名：　　）　☐その他（　　）

【治療経過】
☐検診で指摘
☐継続加療中：☐糖尿病，☐高血圧症，☐脂質異常症，☐慢性心不全，
☐心房細動，☐狭心症・心筋梗塞，☐TIA・脳梗塞，☐末梢動脈疾患，
☐その他(　　)

【経過補足】

【現在の処方】
☐同封の処方箋の写しを参照下さい.　☐持参するお薬手帳をご参照下さい.

【今後の方針】
☐精査後は当院のみで診察希望
☐定期的な併診希望
☐腎臓専門医のみで診察希望
☐その他（　　）

【コメント欄】貴院で困難な検査や指導，治療，ご要望などありましたらご記載ください.

*お持ちでしたら2点以上の検査データの添付をお願いいたします.
*健診結果も複数年の持参を御本人に御指示いただけると診療の参考になります.