

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

尾道クリニック 腎臓内科

担当医 先生

紹介元

医療機関名

所在地

医師名

TEL () -

※受診日事前予約は不要です。

フリガナ	生年月日
患者氏名	大・昭・平 年 月 日 (歳)
様 (男 ・ 女)	連絡先TEL
住所	
【照会目的】以下の所見を認めたため、精査・加療をお願いします。(複数選択可) ☐ 尿蛋白陽性 ☐ 尿潜血陽性 ☐ 腎機能低下 (eGFR<45ml/分/1.73m ²) ☐ その他 ()	
【臨床経過をご記入ください (簡潔で結構です)】	
【併存症】 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患 ☐ その他 ()	
【現在の処方】 処方箋やお薬手帳の写しを添付して下さい。	
【CKDに関する今後の診療形態のご希望】 ☐ CKDの評価後は自院で診療 ☐ 定期併診希望 ☐ CKDに関してのみ腎臓内科専門医で加療を希望 ☐ 全面的に腎臓内科専門医での加療を希望 ☐ その他 ()	

※検査データ(可能な限り時系列)と処方内容のご提供をお願いします。

※通常の紹介状をお使いいただいても結構です。

お問い合わせ

尾道クリニック 事務部 TEL (0848) 25-3077 FAX (0848) 22-9220