

# 診療情報提供書

(CKDサポート外来専用)  
必ず紹介患者受付経由でお願いします

(CKDサポート外来紹介患者受付)

高知赤十字病院

電話 871-3607・FAX 822-1468



TEL 0120-71-3607

FAX 0120-71-3608

高知赤十字病院

CKDサポート外来

担当医

殿

令和 年 月 日

医療機関の名称・所在地

電話

FAX

医師氏名



患者	氏名		職業	
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	( ) 歳 男・女

診断名	慢性腎臓病		
既往歴	身長		cm
	体重		kg
家族歴			
タバコ	本/日 (期間: 年間)	アルコール	種類 量 1日

目的	精査、指導及び診察
	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 療養指導 <input type="checkbox"/> 血液検査

検査結果: 年 月

尿検査 尿潜血 ( ) 尿蛋白 ( )

血清クレアチニン値 mg/dl eGFR値 mL/分/1.73m<sup>2</sup>

現在の治療薬:

その他病状経過等 (運動療法又は服薬指導に関するアドバイスが必要な場合はそれぞれ具体的な内容をご記入ください)