

## 糖尿病性腎症診療情報提供書

20 年 月 日

社会保険直方病院 腎臓内科  
御侍史

いつも大変お世話になります。お忙しい中恐れ入りますが、下記の患者様につきまして  
ご高診・ご加療のほどよろしくお願いいたします。

|  |
|--|
| ふりがな<br>患者氏名 (男・女)<br>生年月日 年 月 日 ( 歳) 職業<br>住所・電話番号  |
| 紹介目的(複数選択可)<br><input type="checkbox"/> 原因精査・治療 <input type="checkbox"/> 生活・食事指導 <input type="checkbox"/> 治療薬調整 <input type="checkbox"/> 腎不全管理 <input type="checkbox"/> 透析導入<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 現病歴・既往歴<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他<br><br>(腎疾患・糖尿病を含めた)家族歴                          |
| 腎機能 (該当に☑)<br><input type="checkbox"/> eGFR < 45 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 (±) かつ eGFR < 60   |
| 検査結果 (検査日 令和 年 月 日) 検査結果の写しでも可<br>・血糖 (空腹時・随時) _____ mg/dl ・HbA1c _____ % ・血圧 _____ / _____ mmHg<br>・尿定性検査 潜血 _____ 蛋白 _____ 糖 _____<br>・尿アルブミン _____ mg/g Cr ・eGFR _____ ml/分/1.73                              |
| 処方内容<br><input type="checkbox"/> 患者様が受診時に、お薬手帳または薬剤情報提供書を持参  |
| 診療情報提供書の発行につき、患者様ご本人の同意をいただいております。   |

紹介状医療機関名

医師名

Tel.