

【名古屋北区CKD病診連携】 診療申込書兼紹介状

(あて先) 総合上飯田第一病院 予約センター
FAX 番号 (052) 991-3544

申込医療機関

医療機関名: _____ 担当医師: _____ 先生

TEL: _____ FAX: _____ 依頼日: _____ 年 月 日

【紹介項目】 該当項目に☑してください。

腎機能低下 (eGFR <45ml/分/1.73m²) 尿蛋白2+以上 尿蛋白と尿潜血がともに陽性

その他 (_____)

【併存症】

糖尿病 (HbA1c _____ %) (糖尿病性網膜症 糖尿病性末梢神経障害)

高血圧症 高脂血症 心疾患 その他 (_____)

<以下の状態の場合、当院で対応可能か判断いたしますので、事前にご相談ください。>

- ・急速な腎機能悪化 (3か月以内に eGFR30%以上の低下)
- ・ネフローゼ症候群 (尿蛋白3+以上、血清蛋白 <6.0mg/dL or 血清 ALB 値 <3.0mg/dL)
- ・全身浮腫、肺水腫
- ・末期腎不全 (eGFR <15 ml/分/1.73m²)
- ・高K血症 (K > 6.5mEq/L)

【現病歴】 ※ご記載は分かる範囲で結構です。

【既往歴】 ※ご記載は分かる範囲で結構です。

【添付情報】 検査データ (血液検査・尿検査) おくすり手帳の写し

フリガナ 患者氏名	男	大正・昭和・平成・令和
連絡先: _____	女	年 月 日
住所 〒 _____		

希望日【第1: _____ / () 第2: _____ / () 第3: _____ / ()】

<<総合上飯田第一病院からの予約日時の回答がありましたら、下記に記載して患者様にお渡しください>>

----- きりとり ----- <予約票> ----- きりとり -----

予約診療科【 腎臓内科 】 予約日時【 月 日 () 時 分】

【患者様へ】 ◆予約時間の30分前に1階総合受付「紹介状受付窓口」へお越しください。

◆キャンセル・変更は本人・ご家族様より予約センターにご連絡ください。

総合上飯田第一病院 予約センター 直通 052-991-3560 予約センター スタッフ名【 _____ 】