石巻赤十字病院　総合患者支援センター　行　　FAX:0225-23-0071　　送信日:　　年　月　日

診療情報提供書（腎臓内科診療予約申し込み書）

石巻赤十字病院
腎臓内科　担当医　宛

紹介元医療機関名
診療科
担当医師名
電話番号
FAX番号

フリガナ		男・女	生年月日	西暦 19 20　年　月　日
名前				
住所　〒　－				

紹介目的
☐ 腎障害の原因検索　☐進展抑制・治療強化　☐腎不全管理・腎代替療法の導入

紹介基準
☐ 検尿異常　☐ 腎機能障害
☐ その他（　　）

基礎疾患・合併症
☐ 高血圧（罹患歴約　　年）　☐ 糖尿病（罹患歴約　　年、網膜症　☐あり・☐なし）
☐ 狭心症・心筋梗塞　☐ 心不全　☐ 脳血管疾患　☐ 末梢動脈疾患　☐悪性腫瘍

臨床経過（特記事項があれば、ご記入ください）

内服薬（お薬手帳のコピー添付も可です）

紹介後の方針（ご意向に添えない場合がございますので、ご了承ください）
☐ 専門医の判断に任せる　☐ 今後の診察を依頼したい
☐自院で診る（エリスロポエチン製剤について…　☐投与・調整可　☐指示があれば投薬可　☐不可）

受診希望日	予約申し込み方法
☐ 出来るだけ早く　☐ いつでも良い	☐ 医療機関からの申し込み
☐ その他ご要望（　　）	☐ 患者さんからの申し込み

●下記の欄に検査結果を記入して下さい。

（ある範囲で結構です。その他の検査結果については、後日添付をお願い申し上げます。）

	日　付	Cr	尿蛋白	尿潜血
（記入例）	2014/9/3	1.8	0.7g/gCre	2+

※医療関係者各位
1. ご記入後、総合患者支援センターまでFAXでお送り下さい。
2. 予約日当日は、「診療情報提供書（原本）」「予約票」「保険証」「お薬手帳」を持参するようご案内をお願いします。
3. 申込み書に記入する個人情報については、診療に必要な患者登録、診療予約等の業務にのみ利用します。

問い合わせ先　　石巻赤十字病院　総合患者支援センター　TEL:0225-21-7240（直通）

《Ver 1.0》