

## 診療情報提供書

紹介先医療機関名 (紹介先を○で囲む)

- ・たいようのクリニック
- ・平安山医院
- ・北部山里クリニック
- ・県立北部病院

担当医 先生 御机下

平成 年 月 日

紹介元医療機関名: \_\_\_\_\_

医師氏名: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

生年月日:  T ・ S ・ H  年 月 日 ( 歳 ) 男 ・ 女

紹介理由(該当する項目に○をつけてください)

1. 蛋白尿: 検尿( 2+ 以上)、1日尿蛋白定量で  $>0.5\text{g}/\text{日}$  (以上)
2. eGFR  $50\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  未満 (eGRF  $<50\text{ml}/\text{min}$ )  
(または、男性Cr値:  $>1.2\text{mg}/\text{dl}$ 、女性Cr値:  $>1.0\text{mg}/\text{dl}$ )
3. 蛋白尿(1+)かつ 血尿(1+) の両方が認められる。

以上の異常所見が認められたため、専門医の診察・精査(追加項目)・今後の方針に対するご指導よろしく申し上げます。

なお、精査・ご指導・加療の方針が 確立しましたら、

( 当院へ逆紹介 ・ 貴院での加療継続 ) よろしくお願い致します。