

年 月 日

診療情報提供書 (CKD 連携パス 患者基本情報 シート I)

紹介先医療機関名

中川クリニック第二診療所

担当医 侍史

紹介元医療機関

所在地及び名称

医師氏名

患者氏名	()	性別	男・女
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	歳
傷病名	慢性腎不全 (保存期)		
	<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値 2.0 以上	<input type="checkbox"/> 尿蛋白 2+ 以上	
	<input type="checkbox"/> 尿蛋白、血尿ともに 1+ 以上	<input type="checkbox"/> その他 ()	
合併症			
紹介目的	上記傷病に対する診察		
既往歴及び家族歴			
症状及び治療経過			
検査結果	尿 蛋白	潜血	糖
	血液 尿素窒素	クレアチニン	
	カリウム	カルシウム	リン
	ヘモグロビン値		
その他			
処方内容			
コメント			
身長	体重	喫煙	飲酒
薬アレルギー			
疾患の受け止め方			