

年 月 日

# 診療情報提供書

(CKD 連携パス 中川 → かかりつけ医 シートⅢの1)

紹介先医療機関名

先生侍史

紹介元医療機関

所在地及び名称 医療法人 秀悠会 中川クリニック第二診療所

医師氏名 中川 秀幸

〒562-0045 箕面市瀬川4丁目3-60

TEL 072 (720) 5454 FAX 072 (720) 5455

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)		
合併症			
紹介目的	継続診療の程、よろしくお願ひ致します。		
診察日	年 月 日	次回予定日	年 月 日
I. 全身状態			
体重	kg	血圧	/ 脈拍 O <sub>2</sub> SAT %
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	足病変	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
その他	( )		
II. 検査結果			
<input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 心エコー
<input type="checkbox"/> その他	( )		
※結果は別紙添付または後日郵送致します。			
III. 治療・指導			
a <input type="checkbox"/> 内服	b <input type="checkbox"/> エリスロポエチン投与	c <input type="checkbox"/> 処置	d <input type="checkbox"/> リハビリテーション
e <input type="checkbox"/> 日常生活	f <input type="checkbox"/> 薬剤指導	g <input type="checkbox"/> 食事指導	h <input type="checkbox"/> 運動指導
i <input type="checkbox"/> その他	( )		
処方内容			
医師からのコメントは、別紙 (シートⅢの2) に記載しています。			

注1. CKD 連携パスシートⅣに記載されているバリエーションを認めた場合、

早めに受診させてください。

2. 心不全、肺水腫併発、高カリウム血症 (K>6.0) を認めた場合、速やかに連絡を下さい。