

CKD診療予約申込書兼情報提供書

※エクセルで入力する場合、二重線のBOXは手入力してください。その他はチェックボックスかプルダウンで選択可能です。

小樽市立病院

患者支援センター 宛

腎臓内科 担当先生御机下

〒047-8550 小樽市若松1丁目1番1号

電話 0134-25-1211(代表)

電話 0134-25-1605(直通)

FAX 0134-25-1600(専用)

紹介医療機関

名称	
住所	
電話	
FAX	
診療科	
医師名	

フリガナ		性別		生年月日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年	月
		男	女	明	大
				昭	平
				令	才
住所		電話番号			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 検尿異常 <input type="checkbox"/> CKD教育外来(栄養指導も含む) <input type="checkbox"/> 腎代替療法選択 <input type="checkbox"/> シヤント診察 <input type="checkbox"/> 腹膜透析定期診察 <input type="checkbox"/> その他				
希望日	<input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 数週以内 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 日にち指定 令和 年 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後				
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ち <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中				
検査結果	※わかる範囲で記載、または採血結果を添付してください。 検査日 令和 年 月 日 血清クレアチニン <input type="text"/> mg/dl eGFR <input type="text"/> ml/min.1.73m2 尿蛋白定性 <input type="text"/> HbA1c <input type="text"/> % 尿蛋白定量 <input type="text"/> g/gCr 尿アルブミン定量 <input type="text"/> mg/gCr 尿潜血定性 <input type="text"/>				
CKD 診療連携	<input type="checkbox"/> 精査後、かかりつけ医で診療希望 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6か月に一度程度、専門医受診にて併診希望 <input type="checkbox"/> CKDについては専門医で、CKD以外はかかりつけ医で診療継続希望 <input type="checkbox"/> 今後は疾患すべて専門医での加療希望				
保険情報 ※下記の情報は保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。					
被保険者	保険者番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族		
	記号・番号	<input type="text"/>			
公費負担	負担者番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児		
	受給者番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他		
備考					

※診療情報提供書(紹介状原本)・検査資料は、診察・検査当日に患者さんに持参させるようにお願いします。