

令和 年 月 日

C K D 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		☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	年 月 日
		男 女	明 大 昭 平 令	才
住所	〒	電話番号		
紹介目的	☐ 腎機能低下 ☐ 検尿異常 ☐ CKD教育外来(栄養指導も含む)			
	☐ 腎代替療法選択 ☐ シヤント診察 ☐ 腹膜透析定期診察			
	☐ その他			
希望日	☐ 数日以内 ☐ 数週以内 ☐ いつでも可			
	☐ 日にち指定 令和 年 月 日 曜日 ☐ 午前 ☐ 午後			
患者の状況	☐ 外来でお待ち ☐ 帰宅済み ☐ 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		mg/dl	eGFR
	尿蛋白定性			HbA1c
	尿蛋白定量		g/gCr	尿アルブミン定量
CKD 診療連携	☐ 精査後、かかりつけ医で診療希望			
	☐ 3ヶ月から6か月に一度程度、専門医受診にて併診希望			
	☐ 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			
	☐ 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		☐ 1.本人 ☐ 2.家族	
	記号・番号			
公費負担	負担者番号		☐ 特疾 ☐ 生保 ☐ 乳幼児	
	受給者番号		☐ 障害 ☐ その他	
備考				