

医療機関名 ()
科 先生 御侍史

診療情報提供書（糖尿病・腎症（CKD）・網膜症・その他）・報告

※該当する疾患名を○で囲んでください。

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID (加付番号)	
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	糖尿病性腎症 連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
住所					
傷病名	原因分類 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 CKD重症度分類 G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)				
既往歴・ 家族歴					
症状経過					
検査結果	実施日 令和 年 月 日				
※ご記載いただくか、検査結果等のコピーを添えてください。					
治療経過					
治療方針	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医(貴院)の併診 (_____ 力月毎を目途。 _____ 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医(貴院)でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先 _____)				
コメント・ 連絡事項					

医療機関名
住所
電話番号
医師名