

様式3

返信シート

専門医→対象者→かかりつけ医・
CKD予防連携医(写)→市(原本)

※診療情報提供料を請求する場合は、本様式に任意の診療情報提供書を添付してください。

返信先	【医療機関名】			→ 都城市
(フリガナ) 対象者名	様	生年月日	年	月 日
		性別	男・女	
		電話番号		

受診日	年	月	日	
病状	診断名 及び診断日			
	検査結果	<input type="checkbox"/> 検査結果は下記参照		
	尿蛋白	(-) (±) (+) (2+) (3+)	尿潜血	(-) (±) (+) (2+) (3+)
	尿糖	(-) (±) (+) (2+) (3+)	尿蛋白/尿クレアチン比	
	TP	Alb	BUN	Cr
	UA	Na	K	Cl
	Ca	P	Mg	Hb

今回の結果と今後の治療方針(今後必要と思われる事項)	
治療状況・必要と考える保健サービスの内容等	<input type="checkbox"/> 薦めたい、検討して欲しい薬剤・薬剤調整がある <input type="checkbox"/> 現在の使用薬剤での治療継続 <input type="checkbox"/> その他 () 薬剤名・用法・用量
	<input type="checkbox"/> 栄養士による栄養指導 <input type="checkbox"/> 市での栄養指導紹介済み <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 腎専門医療機関()への紹介をご考慮ください。 <input type="checkbox"/> CKD連携医療機関への再診(貴院との併診)をご考慮ください(カ月後を目処に再診) <input type="checkbox"/> 貴院での現在の治療内容を継続 <input type="checkbox"/> その他 ()
	返信元 【医療機関名】 医師名 印

- 情報提供書があります ※様式は、各医療機関の様式を使用
- 情報提供書はありません