

# 診療情報提供書

NTT東日本関東病院高血圧・腎臓内科

FAX 0120(34)4810

平成 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

TEL

FAX

担当医

先生

受診第一希望 月 日 時頃  
 受診第二希望 月 日 時頃  
 受診第三希望 月 日 時頃

医師氏名



公費負担者番号		保険者番号							
公費負担医療番号		被保険者証の記号番号							
フリガナ		被保険者氏名							本人・家族
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平					男・女	
住所	〒	TEL		職業					
K/SMOOTH 紹介目的	<b>CKD</b> <input type="checkbox"/> 確定診断 <input type="checkbox"/> 治療方針決定 <input type="checkbox"/> CKD教育(降圧・減塩・低蛋白食等)								
ご紹介時データ	身長_____cm 体重_____kg 血圧_____/_____/mmHg 脈拍_____/分								
	既往歴:				家族歴:				
	高血圧歴 (有・無)		糖尿病歴 (有・無)		蛋白尿 (有・無)				
	アルコール_____/day		タバコ_____/day		アレルギー素因 (有・無)				
	GFR: __月__日:( ) __月__日:( ) __月__日:( )								
	病歴:								
	内服薬等:								
処置その他:									
その他依頼事項									