かかりつけ医が腎臓専門医への紹介をする際に患者さんにお渡しください

R6.2.26時点

『腎臓病』と言われた患者さんへ

紹介状をお持ちの方は、お電話で事前の

ご予約をお願いしております。

連携施設・診療曜日・電話番号は下記の通り

です。

＜腎臓専門医の外来診療のある医療機関（日光市）＞

※　紹介先医療機関に印をつけていただきますようお願いいたします

社団医療法人明倫会　今市病院

　　　　　　＜腎臓専門医の診療日＞

火・木・金曜日　電話番号0288-22-2200

**「地域医療連携室」を通じて予約してください**

**※不在の場合には内科外来で予約してください**

獨協医科大学日光医療センター

※診療曜日は事前に電話でご確認ください

電話番号0288-23-7100

いちいクリニック内科・皮膚科

　　　　　　＜腎臓専門医の診療日＞

火曜日　　　　 電話番号0288-50-1192

紹介状・診療情報提供書

＜かかりつけ医⇒腎臓専門医＞

（日光市CKD連携）

＜紹介先医療機関＞

医療機関名

診療科

＜紹介元医療機関＞

医療機関の名称及 び 所 在 地

電 話 番 号

Ｆ Ａ　　Ｘ

年 月 日

医師名 先生

＊宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入下さい。

|  |
| --- |
| 住　所　　日光市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フ リ ガ ナ患者氏名 （ 男・女 ）生年月日 　明・ 大・ 昭・ 平 年 月 日 （ 歳） |
| 【紹介目的】　　　以下の精査をお願いします。 |
| □ 尿蛋白陽性 (　 +, ++, +++, ++++ 　) □ 尿潜血陽性 ( 　+, ++, +++, ++++ 　)□ 腎機能低下（　　eGFR< 60ml/min/1.73㎡ 　　）　　　□ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【治療・経過】　　 □糖尿病、□高血圧、□脂質異常症、□心疾患、□（　　　　　）で加療中　 □検診で指摘【治療・経過補足】 |
| 【現在の処方】 □同封の処方箋の写しをご参照下さい　□持参するお薬手帳をご参照下さい |
| 【今後の対応方針】　□　精査後は当院のみで診察希望　□　定期的な併診希望（薬剤は 当院 ・ 専門医 での処方希望）　□　腎臓専門医のみで診察希望□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【コメント欄】 |

担当医師

※「紹介状・診療情報提供書」を利用された際には、こちらを市に送付願います。

（日光市CKD連携）ＦＡＸ連絡票

【ＦＡＸ送信先】日光市健康課

　　　　　　　　保健指導班

ＦＡＸ:０２８８－２１－２９６８

※紹介先医療機関に☑をしてください

＜腎臓専門医の外来診療のある医療機関（日光市）＞

社団医療法人明倫会今市病院

 　　電話番号0288-22-2200

獨協医科大学日光医療センター

　　電話番号0288-23-7100

いちいクリニック内科・皮膚科

 　　　　　　電話番号0288-50-1192

＜紹介元医療機関＞

年　　　　月　　　　日

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 先生