

紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名 医療法人豊腎会 加茂クリニック
担当医師 腎臓内科 鈴木 信吉 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 () 歳
<緊急連絡先>	氏名	(続柄:)	電話番号 ()
<当院受診歴>	無	・	有 ID 初診

原疾患：	その他の既往歴：
紹介目的 (該当する項目に☑してください) <input type="checkbox"/> AVF 設置予定血管の選定と温存 <input type="checkbox"/> AVF 設置 <input type="checkbox"/> AVG 設置 <input type="checkbox"/> その他 () (AVG の場合は作り置きはせず時期を改める可能性があります。)	
予測されるおよその HD 導入時期： 頃 ※判断が難しい場合は Hb/BUN/Cre 値の推移を半年～1 年程度あればお送り下さい。	
血管温存の状態 CV 留置歴 有 (右 ・ 左 使用血管_____) ・ 無 ・ 不明 動脈ライン使用歴 有 (右 ・ 左 使用血管_____) ・ 無 ・ 不明 抗がん剤などの末梢静脈使用歴 有 (右 ・ 左 使用血管_____) ・ 無 ・ 不明	
受診状況： 通院中 ・ 入院中	
ADL： 認知症 (有 ・ 無) 視力異常 (有 ・ 無) 聴力異常 (有 ・ 無) 歩行能力 (自立 ・ 杖歩行 ・ 車椅子)	
来院される方： 付き添い (有 : _____ ・ 無)	
現在の処方 (お薬手帳のコピーでも可。ワーファリン内服されている方は PT (INR) を記載ください。)	
感染症の有無 <input type="checkbox"/> 未測定：HBs-Ag () HBs-Ab () HCV-Ab () 梅毒 () MRSA ()	アレルギー歴 (造影剤 _____) (その他 _____)
特記事項：	

※上記を記載して FAX (0565-34-1515) してください。

緊急時やご相談がある場合やシャントの事で相談がある方は加茂クリニックまでご連絡ください。

患者さんが当院に来院頂く日時を決めさせていただきます。

(対応可能時間 9:30~13:00 / 連絡先0565-34-1345)