**東北大学病院**

**腎臓・高血圧内科用**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年 | 月 | 日 | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 医師氏名 |  | | | 印 |

**Ver3.0（2025年7月）**

診療情報提供書

紹介元医療機関の所在地および名称

**診療予約申込書と一緒に**

**FAXしてください**

**FAX 022-717-7132**

**月〜金8:30～17:00**

**（祝日・年末年始を除く）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | |  | **性別** | 男 ・ 女 | | **職業** |  |
| **患者氏名** | |  |
| **生年月日** | | 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 （ 歳） | | | | | |
| **住所** |  | | | | **電話番号** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病名** | **□ＣＫＤ精査** | **□尿蛋白 ： 尿蛋白+以上または定量0.5g/gCr以上** |  |
|  |  | **□尿潜血 ： 尿潜血+かつ尿蛋白±以上** |  |
|  |  | **□腎機能 ： 50歳未満でeGFR 60未満** |  |
|  |  | **□腎機能 ： 50歳以上でeGFR 45未満** |  |
|  |  | **□腎機能 ： ３か月以内に30%以上の腎機能低下** |  |
|  |  | **□その他：腎臓専門医に紹介が必要と思われる場合** |  |
|  |  |  |  |
|  | **□高血圧精査** | **特に若年性、治療抵抗性、腎血管性高血圧など** |  |
|  |  |  |  |
| **合併症** | □ 糖尿病　　□ 高血圧　　□ 脂質異常症　　□痛風/高尿酸血症　　□ 喫煙  □ その他（　　　　　　　　　　） | | |
| **現病歴** | (別紙添付でも構いません) | | |

食事はとってきて構いません。家庭血圧をつけた手帳、お薬手帳、検査結果を持参してください。