

東北大学病院
腎臓・高血圧内科用

Ver3.0 (2025 年 7 月)

診療情報提供書

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)

紹介元医療機関の所在地および名称

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

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。