

蒲郡腎臓病ネットワーク地域連携パス

(フリガナ)

患者氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: _____ 年 月 日(歳)

紹介先医療機関

あおば内科クリニック [TEL]0533-57-0211 [FAX]0533-57-0220

蒲郡クリニック [TEL]0533-68-1115 [FAX]0533-68-7003

紹介理由

尿所見異常 蛋白尿 2+以上

腎機能低下 (eGFR 45未満 20未満 Cr _____ mg/dl)

低蛋白血症 (T.P.<6.0)・低アルブミン血症 (alb.<3.0)

その他 (_____)

現在の治療病名

糖尿病 (HbA1c _____ %) 高血圧 脂質異常 心疾患 脳血管障害

閉塞性動脈硬化症 その他 (_____)

処方	1)	6)
	2)	7)
	3)	8)
	4)	9)
	5)	10)

お薬手帳があれば記載の必要はありません。

コメント

紹介元医療機関
(貴院のスタンプでも結構です)

--