年　　月　　日

**診療情報提供書兼申込書（CKD外来）**

大阪警察病院

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科 | 腎臓内科 |  | 紹介元医療機関名 |  |
| 医師名 |  |  | 医師名 |  | 印 |
|  |  |  | 〒　　　　－　　　　 |
|  |  |  |  |
|  |  |  | TEL | ( ) - | FAX | ( ) - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患　者 | フ リ ガ ナ | (フリガナは必ず) | 警察病院受診歴 |
| 氏　　名 | 男・女 | 有（　　　　年頃）・無 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　 　　年　　　月　　　日生（　　才） | 職業 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　-　　　　 |
| TEL | 自宅（　　　）　　　　―  | 携帯（　　　）　　　　― |
| 受診希望日 | 第1（　　　月　　　日） | 第2（　　　月　　　日） | 第3（　　　月　　　日） |
|  | ※希望が通らない時　　　　　　曜日希望 |

|  |
| --- |
| 患者に対する留意事項（下記の該当する箇所に○を付けてください。） |
| 受診当日のＡＤＬ（自立以外） | 歩行器・車イス・ストレッチャー |
| 薬物禁忌 | 無・有（　　　　　　　　　　） | 感染症 | 無・有（　　　　　　　　　　） |
| 抗凝固剤服用 | 無・有（　　　　　　　　　　） | 抗血小板剤服用 | 無・有（　　　　　　　　　　） |
| 保険証 | 保険者番号 |  | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| 公費負担者番号 |  | 公費受給者番号 |  |  | 本人・家族 |

|  |  |
| --- | --- |
| **１．依頼理由**（複数チェック可） | □　別紙参照 |
| * 尿検査異常（　尿蛋白　・　尿潜血　）
* 腎機能障害・クレアチニンの上昇
* その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 特に希望されるものがあればチェックしてください　（複数チェック可）* 原疾患精査　　　　　□治療方針の決定　　　　　□療養指導・栄養指導
* 合併症精査　　　　　□腎代替療法選択・導入
* 特定の検査を希望（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| **２．合併疾患・既往**（複数チェック可）* 高血圧症　　　　　□　糖尿病（　1型　・　2型　）　　　　　□脂質異常症
* 狭心症・心筋梗塞　　　　　□TIA・脳梗塞
* その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| **３．現在の処方内容**（別紙処方箋コピーでも可） |
| **４．今後の診療についてのご希望**大阪警察病院 CKD外来 との連携に当たってのご希望があればチェックしてください* 定期的な併診を希望
* CKDの精査終了後は紹介元での継続通院のみを希望（大阪警察病院腎臓内科の定期受診は希望しない）
* 全面的に大阪警察病院腎臓内科での通院・加療を希望（紹介元での通院継続は希望しない）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

大阪警察病院　地域医療連携センター　TEL (06)6775-2863　FAX (06)6775-2864

2025.09(Ver.1.0)