

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

医師名

紹介元医療機関名

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