



※本表は必ずFAXにて福岡市医師会地域医療課宛お送りください(FAX:852-1510)

受診日: 令和 年 月 日

生年月日: 年 月 日 ( 歳)

来院状況 該当項目に✓をお付けください

よかドック: 保健所実施 自院実施 他院実施その他(よかドック以外からの紹介等)

＜一次医療機関（かかりつけ医）＞			
医療機関名:			
医師名:			
TEL:		FAX:	
診断名			
#1.		#2.	
#3.		#4.	
紹介時必須項目		参考項目	
検査日: 年 月 日		■尿沈査	赤血球 /HPF
■尿蛋白		■尿蛋白/クレアチン比	g/g・cr
■尿潜血		■血圧	mmHg
■血清クレアチン	mg/dl	■血糖値	(空腹時・随時) mg/dl
■eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	■HbA1c	%
その他検査項目			
今後の方針		特記事項	
<input type="checkbox"/> 腎臓専門医紹介 (医療機関名: )			
<input type="checkbox"/> 泌尿器科紹介 (医療機関名: )			
<input type="checkbox"/> 自院にてフォロー			
<input type="checkbox"/> 問題なく終診			