紹介先医療施設名　国立病院機構　千葉東病院　腎臓内科

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（ 男 ・ 女 ）

生年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　 歳）　　　職業

住所

電話番号　　　　　（　　　　　）

* 紹介理由（わかる範囲でご記載ください。過去のデータ等は診療の際の貴重な情報になりますので、可能な限り多く添付していただければ幸いです）

1. 腎嚢胞

嚢胞数　　　**右：**　□　3-5個 　　 □　5個以上　**左**　□　3-5個 　　 □　5個以上

測定方法 □　超音波　　　 □　CT / MRI

2.　腎機能　　　　□　血清クレアチニン値（　 　　 　mg/dl）　/　□　eGFR（　　 　　　　ml/分/1.73m2）

3. 合併症

□　高血圧　　　□　脳動脈瘤　　　□　弁膜症　　　□　肝嚢胞　　　□　その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　)

4 家族歴

□　多発性嚢胞腎 （続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　透析・腎移植 （続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　脳出血 （続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　不明

※多発性のう胞腎のご紹介は新患予約外来での受診をお勧めします。

患者さまより地域医療連携室**043-264-3116**に電話をしていただければ予約日を決定します。

* 経過
* 現在の処方（お薬手帳などのコピーでも結構です）