

診療情報提供書

_____ 病院・クリニック

_____ 先生侍史

患者氏名 (ふりがな): _____ (_____)

性別: 男・女

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

受診の目的:

尿蛋白 血尿 (尿潜血)

腎機能異常 血清 Cr (_____) mg/dL eGFR (_____)

その他

(_____)

フリーコメント:

_____ 年 _____ 月 _____ 日
