

この用紙と直近の血液尿所見データのコピー
 (できれば過去1-2年前のものも)を
 Fax (019-651-0401)してください。
 (紹介状は不要です。)

フリガナ
**患者様
 氏名**

性別: 男 女

保険者番号								本人・家族
記号・番号								
公費負担者番号								老・高
公費受給者番号							/	1割・2割
その他	労災・生保・交通事故・その他の公費(

生年月日:西暦 年 月 日 電話: - -

住所: 県

今回のご紹介目的: 尿蛋白, 血尿, 腎機能異常, その他

現在加療されている疾患の診断名: 1, 2, 3, 4, 5, 6,

処方薬名(コピーfaxでも可): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,

既往症:

**受診希望日: 月 日, 希望曜日:月曜AM, 火曜
 (AM, PM), 水曜AM, 木曜PM, 金曜PM, 土曜AM (第1, 4)**

病院、クリニック名:

先生のご氏名:

TEL番号: Fax番号