

# 紹介フォーム

送信先

〒390-8621

長野県松本市旭 3-1-1

信州大学医学部附属病院

膝島移植外来 行

FAX 0263-37-3351

TEL 0263-37-2930

送信元 〒	
病院名	
TEL	FAX
診療科	
紹介医氏名	

(フリガナ)		性別		生年月日	年	月	日	年齢	歳
患者氏名									
住所	〒				電話番号				
血液型	Rh( )	糖尿病歴	年	インスリンの種類と1日投与量			単位		
空腹時血糖	mg/dL	Cペプチド	ng/mL		HbA1c(NGSP 値)		%		
BUN	mg/dL	クレアチニン	mg/dL	eGFR	mL/分/1.73m <sup>2</sup>	尿アルブミン	mg/g・CRE		
既往歴・併存疾患									
経過概要									