

那覇市CKD病診連携紹介 返信シート(診療情報提供書)

※同内容であれば、電子カルテや通常使用の返信様式でも可

<返信先医療機関>

医療機関名

先生

<返信元医療機関>

医療機関名

担当医師

電話・FAX

患者氏名 (ふりがな) 様	性別	生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日	歳
		住所					

受診日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

診断名	CKD ステージ	蛋白尿 A1~A3
-----	-------------	-----------

検査 結果	検査結果は別添参照		血圧	mmHg	推定1日尿蛋白量	g/day
	尿蛋白(定性)	- ± + 2+ 3+	血尿(定性)	- ± + 2+ 3+	Hb	g/dL
	Cr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	TP	g/dL
	シスタチンC	mg/L	eGFRcys	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	Alb	g/dL

今回の結果と今後の治療方針 等	K	mEq/L
-----------------	---	-------

- 教育指導     薬物療法     栄養指導     その他

血圧の目標値	mmHg
--------	------

採血推奨頻度	毎月 ・ 2か月おき ・ 3か月おき ・ 6か月おき
--------	----------------------------

採血推奨検査項目	
----------	--

栄養指導	エネルギー量 kcal、食塩 g、たんぱく質 g、カリウム制限 有 ・ 無
------	---------------------------------------

再紹介の 時期(目安)	年 月 日 または カ月後 ※血圧・体重・浮腫などのコントロールに困難を感じたらいつでもご紹介ください。
----------------	---