

那覇市CKD病診連携紹介シート【初診用】(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紹介様式でも可

<紹介先医療機関>

<紹介元医療機関>

医療機関名

医療機関名

先生

担当医師

電話・FAX

患者氏名		性別	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)
様		住所						
紹介基準	①40歳未満	eGFR 60未満		合併症	①糖尿病 (網膜症 有・無・不明)			
	②40歳～69歳	eGFR 50未満			②高血圧			
	③70歳以上	eGFR 40未満			③脂質異常症			
	④3ヶ月以内に、30%以上の eGFR の低下				④高尿酸血症			
	⑤尿蛋白2+以上、または尿蛋白/尿Cr比0.5以上				⑤虚血性心疾患			
	⑥蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)				⑥脳卒中			
	⑦糖尿病がある場合は程度を問わず蛋白尿が陽性				⑦慢性疼痛性疾患 (NSAIDsを要する)			
			⑧その他()					
検査所見 (検査結果のコピーを添付でも可)	必須	eGFR		血清Cr mg/dl				
		尿蛋白 - ± + 2+ 3+		血尿 - ± + 2+ 3+				
		血圧 / mmHg						
	任意	尿蛋白/クレアチニン比 g / gCr			血糖 mg/dl (空腹・食後 時間)			
糖尿病性腎症が疑われる場合			HbA1c % (NGSP)					
現病歴 (治療歴)								
現在の処方 (処方箋のコピーも可)								
紹介後の方針	*ご希望がありましたらチェックをお願いします。ただし、状況によってはご意向に添えない場合があります。 <input type="checkbox"/> 可能な限り自院でみる <input type="checkbox"/> 専門医の判断に任せる(転院も可)							