

診療情報提供書

(みなとCKD連携)

平成 年 月 日

◆紹介先医療機関

<input type="checkbox"/>	済生会中央病院	<input type="checkbox"/>	慈恵大病院	<input type="checkbox"/>	虎ノ門病院
<input type="checkbox"/>	東京高輪病院	<input type="checkbox"/>	三田病院	<input type="checkbox"/>	山王病院
<input type="checkbox"/>	北里研究所病院				

所在地：〒

科

医療機関名：

先生

医師名：

TEL：

受診希望日 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・西暦	年	月	日
患者氏名		年齢	才	男・女	職業	

住所	
----	--

傷病名	
-----	--

紹介目的 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 今後の治療方針	<input type="checkbox"/> 患者教育(食事指導を除く)	<input type="checkbox"/> 食事指導	<input type="checkbox"/> 腎障害の原因疾患把握
	<input type="checkbox"/> 検査のみ(検査名)	<input type="checkbox"/> その他()

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

検査日	20	年	月	日			
◆判定基準のいずれかを選んでください。							
1.	0.50g/gクレアチニン	※以上または2+以上の蛋白尿					
2.	蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)						
3.	GFR<50mL/分/1.73m ²						
◆検査結果があれば、添付または記載してください。							
<input type="checkbox"/> 検査結果別途添付							
<尿検査>							
尿蛋白	(-	±	1+	2+	3+)
尿潜血	(-	±	1+	2+	3+)
尿中蛋白濃度(A)					mg/dL		
尿中クレアチニン値(B)					mg/dL		
A÷B=尿蛋白量					g/g	クレアチニン	※
<血液検査>							
血清クレアチニン値					mg/dL		
eGFR					mL/min/1.78m ²		

現在の処方	処方箋の写し添付・お薬手帳等持参
-------	------------------

備考	今後の治療	<input type="checkbox"/> CKDの評価終了後は当院のみでの診療を希望	<input type="checkbox"/> 定期的な併診を希望
		<input type="checkbox"/> 今後、CKDに関してのみ腎臓専門医で加療希望	
		<input type="checkbox"/> 今後、全面的に腎臓専門医で加療希望	
		<input type="checkbox"/> その他 ()
	コメント欄		