

# CKD 診療情報提供書

下記の患者様をご紹介申し上げます。ご高診をよろしくお願い致します。

令和 年 月 日

<紹介先医療機関>

<紹介元医療機関>

医療機関名

医療機関名

腎臓内科

先生

担当医師名

先生

患者氏名	性別 男・女	生年 月日	年 月 日 (才)
傷病名	住所		
	TEL		
紹介基準	① 40歳未満 : eGFR 60未満	④ 尿タンパク (2+) 以上	
<input checked="" type="checkbox"/> または	② 40歳以上 70歳未満 : eGFR 45未満	⑤ 尿タンパク (1+) かつ 尿潜血 (1+)	
<input type="checkbox"/>	③ 70歳以上 : eGFR 40未満	※④、⑤は年齢問わず	
検査所見	eGFR (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )	血清クレアチニン	mg/dl
	尿タンパク - ± + 2+ 3+	尿潜血 - ± + 2+ 3+	
	尿タンパク/クレアチニン比	血圧 /	mmHg
	(糖尿病がある場合)	HbA1c %、	血糖 mg/dl (空腹時・随時)
既往歴			
家族歴	腎疾患： なし・あり → ありの場合の詳細：		
現病歴			
現在の処方 (処方箋複写 の添付でも 可)			

- 紹介基準は検尿項目のみでも適応となります。
- 健診で指摘された腎機能または検尿異常はご紹介前に各医療機関で再検査をお願いします
- 現病歴や処方などは各医療機関独自の用紙への別記記載でも構いません
- 可能な限り過去の腎機能や検尿のデータをご提供ください
- 半年以内の処方の変更がありましたらお知らせください (ご本人の薬手帳の持参をお願いします)
- 高血圧や糖尿病などで御加療いただいている場合は原則併診とさせていただきますが、末期腎不全、入院や免疫学的治療などが必要な場合は例外となります