

# 江南厚生病院CKD連携 診療情報提供書【初診用】

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしくおねがいします。

年 月 日

JA愛知厚生連 江南厚生病院 宛

医療機関名

所在地

腎臓内科 先生

診療科名

医師名

【希望日時】 年 月 日

TEL:

FAX:

<b>【患者基本情報】</b>	
フリガナ 氏名: _____ 様	生年月日: _____ 年 月 日 性別: 男・女
住所: 〒 _____	TEL: _____

傷病名		備考	(腎臓専門医へ特に依頼したい項目等がありましたらご記入ください)
紹介目的	CKDの精査依頼		<input type="checkbox"/> 腎臓予後予測 <input type="checkbox"/> 栄養指導予約 <input type="checkbox"/> ポリファーマシー評価
既往歴	CKD悪化因子 その他の疾患		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙 ( )
家族歴	腎疾患 その他の疾患		<input type="checkbox"/> 有( )・ <input type="checkbox"/> 無 ( )
現病歴		紹介基準	<input type="checkbox"/> ①eGFR45未満(40歳未満では60未満) ※糖尿病がある場合は60未満(70歳以上では50未満)
治療歴			<input type="checkbox"/> ②3ヶ月以内に30%以上のeGFR低下
			<input type="checkbox"/> ③蛋白尿 1+以上
			<input type="checkbox"/> ④蛋白尿/クレアチニン比0.5以上
			<input type="checkbox"/> ⑤糖尿病又は血尿がある場合、程度は問わず 蛋白尿を呈するもの全て
検査所見	必須項目	eGFR	(※血清クレアチニン _____ mg/dl) (※eGFRは、クレアチニン値から早見表により換算もできます)
		蛋白尿	( -、 ±、 +、 2+、 3+以上 )
		血尿	( -、 ±、 +、 2+、 3+以上 )
	(検査結果のコピーを添付していただければ幸いです)	任意項目	尿蛋白/尿 クレアチニン比
		糖尿病の場合	尿糖 ( -、 ±、 +、 2+、 3+以上 ) 血糖 _____ mg/dl ( ) HbA1c _____ %
		その他	電解質など測定してあれば、記載ください
過去の検査値	(クレアチニン・脂質等、過去の測定記録があれば、推移を記載、もしくはコピーを添付していただけたら幸いです)		
現在の処方			
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"/> 専門医の判断に任せる <input type="checkbox"/> 可能な限り自院で診る <input type="checkbox"/> 主たるフォローを専門医へお任せしたい		