**かかりつけ医 ⇒ 腎臓専⾨医療機関**

# 栃⽊県CKD連携 紹介状（診療情報提供書）

           年　 ⽉　 ⽇　**下記の患者を紹介申し上げます。御⾼診をよろしくお願い致します。**

＜紹介先医療機関＞ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜紹介元医療機関＞

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　医療機関名

電話・FAX

先⽣

担当医師

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者⽒名                           　　　　　　様 | | | 性別 | ⽣年⽉⽇ | 年   ⽉   ⽇ （ 　 歳） | | | |
| 住所 |  | | | |
| 傷病名 | | | | 電話番号 |  | | 職業 |  |
| 紹介基準  （該当項⽬にチェック） |  | ①40歳未満  eGFR60未満  ②40歳以上  eGFR45未満  ③3ヶ⽉以内に30％以上のeGFRの低下 | | |  | ④尿蛋⽩(1＋)以上  ⑤尿蛋⽩/尿クレアチニン⽐ 0.5 g/gCr以上  ⑥蛋⽩尿(±) だが ⾎尿陽性(1＋)以上  ⑦糖尿病がある場合 蛋⽩尿が(±)以上 | | |
| 検査所⾒  （検査結果のコピーを添付でも可） | eGFR        mL/min/1.73 m2 | | ⾎清クレアチニン mg/dL | | | | | |
| 蛋⽩尿 − ± ＋ 2＋ 3＋ | | ⾎尿  − ± ＋ 2＋ 3＋ | | | | | |
| ⾎圧      / mmHg | |  | | | | | |
| 尿蛋⽩/尿クレアチニン⽐     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   % | | | | | | | |
| 既往歴および家族歴 |  | | | | | | | |
| 症状経過 |  | | | | | | | |
| 治療経過 |  | | | | | | | |
| 現在の処⽅  （処⽅せんのコピーも可） |  | | | | | | | |
| 紹介後の  ⽅針 | ※ 今後のフォロー先のチェックをお願いします。     □紹介元（⾃院）でみる     □専⾨医に任せる     □どちらでもよい | | | | | | | |
| その他専⾨医への連絡事項 | （貧⾎管理、Ca/P管理、⾎圧管理について部分的なご依頼など） | | | | | | | |

＜ご紹介いただく際のお願い＞ 各項⽬をご確認の上、□にチェックをお願いします。

□健診で指摘されたeGFRの異常はご紹介いただく前に再検査をお願いします。

 （絶飲⾷下では脱⽔によりeGFRが低めに出ますので、⾃由飲⽔・摂⾷下でご再検ください。

□蛋⽩尿の異常は可能な限り尿蛋⽩/尿クレアチニン⽐を定量してご紹介ください。

□可能な限り⾎清クレアチニン（Cr)値の経時的推移をお知らせください。

□診療情報提供書に必ず今後のフォロー先（紹介元・専⾨医・どちらでもよい）を明記してください。

□必ず現在の処⽅内容と半年以内の処⽅変更歴や臨時処⽅をお知らせください。

 （患者さんに過去半年分のお薬⼿帳を持参させていただいても結構です。）