

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) 今後の治療方針 患者教育(食事指導を除く) 食事指導 腎障害の原因疾患把握
 検査のみ(検査名) 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。

- 0.50g/gクレアチニン ※以上または2+以上の蛋白尿
- 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)
- GFR<50mL/分/1.73m²

◆検査結果があれば、添付または記載してください。

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/1.73m²

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 CKDの評価終了後は当院のみでの診療を希望 定期的な併診を希望
 今後、CKDに関してのみ腎臓専門医で加療希望
 今後、全面的に腎臓専門医で加療希望
 その他 ()

コメント欄