

診療情報提供書

(CKD連携)

令和 年 月 日

雄勝中央病院 腎臓内科
先生

所在地：〒
医療機関名：
医師名：
TEL：

受診希望日 年 月 日

フリガナ		男・女	年齢	才	生年月日	T・S・H・R
患者氏名		職業			年	月 日
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 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。 ☐ 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/1.73m 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 ☐ 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						