

森下記念病院CKD連携診療情報提供書

森下記念病院

腎臓内科外来

年 月 日

施設名

所在地

電話番号

fax

医師名

診療科

医師名

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	TEL	
住 所					

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 腎代替療法選治療択
 検査のみ(検査名) その他()

既往歴及び家族歴・症状経過及び治療経過

年/月/日	年 月 日	年 月 日	紹介参考基準
Cr (クレアチニン)	mg/dl	mg/dl	下記項目のどれか1つ有ればご紹介をご検討下さい ・蛋白尿2+以上 ・蛋白尿、尿潜血1+以上 ・eGFR50ml/min/1.73未満 ・血清Cr 男性1.5mg/dl 女性1.2mg/dl
eGFR	ml/分/1.73m ²	ml/分/1.73m ²	
尿タンパク	- ± 1+ 2+ 3+	- ± 1+ 2+ 3+	
尿潜血	- ± 1+ 2+ 3+	- ± 1+ 2+ 3+	
Hb (ヘモグロビン)	g/dl	g/dl	
血圧	/ mmHg	/ mmHg	

主要所見	<input type="checkbox"/> 健診での尿異常 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 上気道炎後の尿異常 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞 <input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> 飲酒歴あり <input type="checkbox"/> その他()
現在の処方	処方箋の写し添付・お薬手帳等持参
今後の治療	<input type="checkbox"/> CKDの評価終了後は当院のみでの診療を希望 <input type="checkbox"/> 定期的な併診を希望 <input type="checkbox"/> 今後、CKDに関して腎臓専門医で併診加療希望 (<input type="checkbox"/> その場合ESA製剤の投与を腎臓専門医で希望) <input type="checkbox"/> 今後、全面的に腎臓専門医で加療希望 <input type="checkbox"/> その他()
コメント欄	