

山梨県CKD病診連携紹介状【初診用】(診療情報提供書)

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしく申し上げます。 平成 年 月 日

<紹介先医療機関>

<紹介元医療機関>

医療機関名

医療機関名

先生

担当医師

電話・FAX

患者氏名		様	性別	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
傷病名			住所				
			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		⑤尿蛋白2+以上				
	②40歳～69歳 eGFR50未満		⑥尿蛋白/尿クレアチニン比 0.5g/gCr以上				
	③70歳以上 eGFR40未満		⑦尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上)				
	④3ヶ月以内に30%以上のeGFRの低下		⑧糖尿病がある場合は程度を問わず尿蛋白が陽性				
検査所見 (検査結果の コピーを添付 でも可)	eGFR			血清クレアチニン mg/dL			
	尿蛋白 - ± + 2+ 3+			血尿 - ± + 2+ 3+			
	血圧 / mmHg						
	尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr						
	糖尿病性腎症が疑われる場合			血糖 mg/dL (空腹・食後 時間)			
			HbA1c %				
既往歴 及び 家族歴							
症状経過							
治療経過							
現在の処方 (処方箋の 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。						
	<input type="checkbox"/> 紹介元(自院)でみる		<input type="checkbox"/> 専門医に任せる		<input type="checkbox"/> どちらでもよい		

<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が低めに出来ますので、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。)