

## CKD重症化予防プロジェクト 紹介シート

## 診療情報提供書

かかりつけ医⇒八重山病院腎臓内科

発行日：令和 年 月 日

&lt;紹介先医療機関&gt;

&lt;紹介元医療機関&gt;

医療機関名 沖縄県立八重山病院

医療機関名

腎臓内科ご担当 先生

担当医師

太枠内をご記入ください

紹介後の方針	<input type="checkbox"/> 自院で診療 <input type="checkbox"/> 二人主治医制 <input type="checkbox"/> 八重山病院へ転院 <input type="checkbox"/> 八重山病院から他院紹介		
患者氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 他
生年月日	年 月 日	連絡先(住所または電話番号)	
紹介理由 該当項目の <input type="checkbox"/> に✓ チェック	<input type="checkbox"/> CKDステージ G1,G2で潜血≥(+) 以上かつ蛋白(±)以上		(参考) GFRステージ分類
	<input type="checkbox"/> CKDステージ G1,G2で蛋白(+) 以上		
	<input type="checkbox"/> CKDステージ G3aで年齢40歳未満		
	<input type="checkbox"/> CKDステージ G3aで年齢40歳以上かつ蛋白(±) 以上		
	<input type="checkbox"/> CKDステージ G3b以上		
	<input type="checkbox"/> 3カ月以内に30%以上の腎機能低下		
	<input type="checkbox"/> ステージ G1 >90		
必須 任意	eGFR mL/min/1.73m <sup>2</sup>		血清クレアチニン mg/dL
	蛋白 <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (±) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (2+) <input type="checkbox"/> (3+)		潜血 <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (±) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (2+) <input type="checkbox"/> (3+)
	血圧 / mmHg		尿沈渣:
	尿蛋白/クレアチニン比 g/gCr		尿アルブミン/クレアチニン比 mg/gCr
	糖尿病合併の場合 HbA1c(NGSP) %		
併存症・ 既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 2型 <input type="checkbox"/> その他)		<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患
	<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 脳卒中( <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> その他 )
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 慢性疼痛疾患(NSAIDs長期投与歴 <input type="checkbox"/> あり)
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症		その他( )
現病歴・ 治療歴			
現在の処方 処方箋コピー の添付でも可			

自院の紹介状フォーマットをご利用いただいても結構です。その場合は上記太枠の内容を含めるようにしてください