

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

<紹介先医療機関>

<紹介元医療機関>

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 □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 <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		
	(参考) GFRステージ分類	ステージ G1 >90	
		ステージ G2 60~89	
		ステージ G3a 45~59	
		ステージ G3b 30~44	
		ステージ G4 15~29	
ステージ G5 <15			
必須 任意	eGFR 蛋白	mL/min/1.73m ² <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (±) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (2+) <input type="checkbox"/> (3+)	血清クレアチニン 潜血 mmHg <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (±) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (2+) <input type="checkbox"/> (3+)
	血圧	/	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
	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 <input type="checkbox"/> 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