

CKD 連携紹介状（診療情報提供書）

年 月 日 下記の患者を紹介申し上げます。御高診をよろしくお願い致します。

< 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 男 女	生年月日	年 月 日 (歳)			
			住所				
傷病名			電話番号		職業		
腎疾患の家族歴	あり/なし 家族の誰が ()、透析 あり/なし、病名 ()						
治療経過	過去データを下記に記載頂くか、過去のデータのコピーを添付してください。						
		5 年前	4 年前	3 年前	2 年前	1 年前	現在
	日付						
	eGFR (mL/min/1.73 m ²)						
	血清 Cr (mg/dl)						
紹介後の方針	※ 今後のフォロー先の方針をチェック (どちらでも良い場合複数選択可) <input type="checkbox"/> 紹介元 (自院) でみる <input type="checkbox"/> 紹介元 (自院) でみつつ、定期的に専門医が併診する <input type="checkbox"/> 専門医に任せる <input type="checkbox"/> 薬剤の処方を紹介元 (自院) で処方 <input type="checkbox"/> 薬剤の処方も専門医に任せる						
専門医への連絡事項	(貧血管理、カリウム管理、血圧管理について部分的なご依頼など)						
検査所見	血圧	/	mmHg	HbA1c	%		
	カリウム		mmol/L	Hb	g/dl		
現在の処方 (お薬手帳の持参で記入省略可)							

紹介基準 (該当部分にチェック)

原疾患	尿蛋白区分	A1	A2	A3	
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr 比(mg/gCr)	30 未満	30~299	300 以上	
高血圧/腎炎 多発性嚢胞腎	尿蛋白定量(g/日)	正常(-)	軽度蛋白尿(±)	高度蛋白尿(+~)	
	尿蛋白/Cr 比(g/gCr)	0.15 未満	0.15~0.49	0.50 以上	
FR 区分 (mL/分 /1.73 m ²)	G1	正常または高値 ≥ 90		<input type="checkbox"/> (血尿+に限る)	<input type="checkbox"/>
	G2	正常または軽度低下 60~89		<input type="checkbox"/> (血尿+に限る)	<input type="checkbox"/>
	G3a	軽度~中等度低下 45~59	<input type="checkbox"/> (40歳未満に限る)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G3b	中等度~高度低下 30~44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G4	高度低下 15~29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G5	末期腎不全 < 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>