

(診療情報提供書)

CKD・糖尿病性腎臓病登録医(かかりつけ医)⇒腎臓診療医

発行日:平成 年 月 日

うるま市・沖縄市CKD・糖尿病性腎臓病病診連携 紹介シート【初診用・再紹介用】

※同じ内容であれば、電子カルテや通常使用の紹介様式でも可

<紹介先医療機関>

医療機関名

<紹介元医療機関>

医療機関名

先生

担当医師

電話・FAX

患者氏名		性別	生年月日	
様			住所	
紹介理由 (該当項目に○をつける)	①	40歳未満 eGFR 60未満	⑤	尿蛋白1+以上、 または尿蛋白/尿Cr比0.5以上
	②	40歳以上 eGFR 45未満	⑥	尿蛋白±と血尿がともに陽性 (1+以上)
	③	40歳以上 尿蛋白±でeGFR 60未満	⑦	その他()
	④	3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下		
検査所見 (検査結果の コピーを添付 でも可)	必須	eGFR	血清Cr	mg/dl
		尿蛋白	- ± + 2+ 3+以上	血尿
	任意	血圧	mmHg	
		尿蛋白/クレアチニン比	g/gCr	
既往歴 (該当項目に○をつける)	①	糖尿病	⑤	虚血性心疾患
	②	高血圧	⑥	脳卒中
	③	脂質異常症	⑦	慢性疼痛性疾患(NSAIDsを要する)
	④	高尿酸血症	⑧	その他()
現病歴 (治療歴)				
現在の処方 (処方箋のコピーも可)				
紹介後の方針	<input type="checkbox"/> 専門医の判断に任せる		<input type="checkbox"/> 可能な限り自院でみる	

別添資料(あり・なし)

CKD・糖尿病性腎臓病登録医(かかりつけ医)⇒うるま市

うるま市・沖縄市CKD・糖尿病性腎臓病病診連携 FAX連絡票

【送信先】
うるま市役所 健康支援課
保健指導係 宛
FAX:974-4040

<連絡>

年 月 日

(医療機関) _____、 _____ 先生に

患者さん _____ 名を紹介しましたので連絡します。

【送信元】

医療機関名

電話番号

FAX番号

※うるま市にFAXが届きました際に、送信元に確認の連絡を入れることができます。ご希望のものに丸をつけてください。

- 1. 電話での連絡
- 2. FAXでの連絡
- 3. 特に連絡は不要