

( かかりつけ医 ⇒ 腎臓診療医 )

## CKD精査依頼書（診療情報提供書）

下記の患者様を紹介申し上げます。ご高診をよろしく申し上げます。

年 月 日

### 【 紹介先 】

医療機関名	
診療科	
医師名	先生

### 【 紹介元 】

医療機関名	
診療科	
医師名	

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 / 女	年 月 日
住所			TEL

紹介目的 <small>複数チェック可能</small>	<input type="checkbox"/> CKD原疾患の精査・診断・治療方針	<input type="checkbox"/> 薬剤確認
	<input type="checkbox"/> CKD患者教育・食事指導	<input type="checkbox"/> その他 ( )

主要所見	<input type="checkbox"/> 腎機能低下 ( <input type="checkbox"/> 尿所見異常 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇 )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

現病歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症
	<input type="checkbox"/> BMI高値 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞
	<input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> その他 ( )

嗜好	<input type="checkbox"/> 喫煙
----	-----------------------------

家族歴	<input type="checkbox"/> 腎臓病あり <input type="checkbox"/> 透析あり <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----	---

検査結果（※コピーの添付も可能です）			
年/月/日		年 月 日	年 月 日
血清クレアチニン		mg/dl	mg/dl
eGFR		ml/分/1.73m <sup>2</sup>	ml/分/1.73m <sup>2</sup>
尿蛋白/尿潜血（定量）		/	/
尿蛋白/尿クレアチニン比		g/gCr	g/gCr
Hb（ヘモグロビン）		g/dl	g/dl
血圧		/	/
食塩摂取量_随時尿（Na/Cr比）		g/日	g/日
糖尿病 有の場合	HbA1c	%	%
	尿アルブミン値	mg/gCr	mg/gCr
	糖尿病性腎症病期	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

紹介後の方針	
当院では、当患者において、下記CKD病診連携を希望します。	
<input type="checkbox"/> 貴院精査終了後、当院で加療希望	<input type="checkbox"/> 貴院と当院で併診希望
<input type="checkbox"/> 貴院での加療及び経過観察	<input type="checkbox"/> その他 ( )
現在の処方内容	処方箋の写し、もしくはお薬手帳のコピーを添付する。

( 腎臓診療医 ⇒ かかりつけ医 )

## CKD治療計画書（診療情報提供書）

年 月 日

下記の患者様の情報を提供します。

ふりがな	
患者氏名	

診断名	<input type="checkbox"/> 腎硬化症	<input type="checkbox"/> ADPKD（常染色体優性多発性嚢胞腎）
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）

結果報告 詳細は別添参照	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input type="checkbox"/> 血液検査、尿検査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 腎病理診断
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

今後の方針 詳細は別添参照	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input type="checkbox"/> 扁桃パルス治療	<input type="checkbox"/> サムスカ治療
	<input type="checkbox"/> 教育入院	<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医高診	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外来フォロー	<input type="checkbox"/> 貴院での加療を依頼 <input type="checkbox"/> 併診で加療（ ヶ月後）	

栄養指導	<input type="checkbox"/> たんぱく制限	※栄養指導の詳細は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量の制限	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

薬物療法	<input type="checkbox"/> 継続をお願いします	※継続、一部変更、追加処方の詳細（判断理由）は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 一部変更しました	
	<input type="checkbox"/> 追加処方をしました	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	