

栃木県 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 >

医療機関名

_____ 先生

< 紹介元医療機関 >

医療機関名

_____ 担当医師

電話・FAX

患者氏名 様	性別	生年月日	年 月 日 (歳)
		住所	
傷病名		電話番号	職業
紹介基準 (該当項目に チェック)	①40 歳未満 eGFR60 未満		④尿蛋白(1+)以上
	②40 歳以上 eGFR45 未満		⑤尿蛋白/尿クレアチニン比 0.5 g/gCr 以上
	③3 ヶ月以内に 30%以上の eGFR の低下		⑥蛋白尿(±) だが 血尿陽性(1+)以上
		⑦糖尿病がある場合 蛋白尿が(±)以上	
検査所見 (検査結果の コピーを添付で も可)	eGFR mL/min/1.73 m ²		血清クレアチニン mg/dL
	蛋白尿 - ± + 2+ 3+		血尿 - ± + 2+ 3+
	血圧 / mmHg		
	尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr		
糖尿病性腎症が疑われる場合		血糖 mg/dL (空腹・食後 時間)	
		HbA1c %	
既往歴および 家族歴			
症状経過			
治療経過			
現在の処方 (処方せんの コピーも可)			
紹介後の 方針	※ 今後のフォロー先のチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 紹介元（自院）でみる <input type="checkbox"/> 専門医に任せる <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
その他専門医 への連絡事項	(貧血管理、Ca/P 管理、血圧管理について部分的なご依頼など)		

< ご紹介いただく際のお願い > 各項目をご確認の上、□にチェックをお願いします。

健診で指摘された eGFR の異常はご紹介いただく前に再検査をお願いします。

(絶飲食下では脱水により eGFR が低めに出来ますので、自由飲水・摂食下でご再検ください。)

- 蛋白尿の異常は可能な限り尿蛋白/尿クレアチニン比を定量してご紹介ください。
- 可能な限り血清クレアチニン（Cr）値の経時的推移をお知らせください。
- 診療情報提供書に必ず今後のフォロー先（紹介元・専門医・どちらでもよい）を明記してください。
- 必ず現在の処方内容と半年以内の処方変更歴や臨時処方をお知らせください。
（患者さんに過去半年分のお薬手帳を持参させていただいても結構です。）