笠間市　慢性腎臓病　病診連携紹介状

●紹介先医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　紹介先の受診歴：　有　（ID　　）・ 無

フリガナ

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　様

生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）　性別：男 ・ 女

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

＜病歴、症状経過、治療経過＞

＜慢性腎臓病　紹介基準＞※以下の①～⑦であてはまるものを選択してください（複数可）

番号＿＿＿＿＿＿

eGFR(mL/min/1.73m^2)

① 60 未満（～40 歳）
② 50 未満（40 歳～70 歳）
③ 40 未満(70 歳～)

尿所見

④ 定性 2+以上　または　蛋白定量 0.5g/gCr 以上
⑤ アルブミン尿 300mg/gCr 以上
⑥ 尿蛋白と尿潜血が共に陽性（定性 1＋以上）

⑦ その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜既往歴＞

□ 糖尿病 □ 高血圧症 □その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜今後の治療についての希望＞　（複数可）

□処方を含めて紹介先で診療希望　□CKD のみ紹介先で診療希望（併診）
□CKD 評価のみ希望　□栄養指導を希望　□CKD 教育入院希望
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜処方＞

□処方なし　　□処方あり　※処方箋の写しを添付してください

＜備考・コメント＞

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿