

CKD病診連携紹介状

平成 年 月 日

(市立島田市民病院腎臓内科宛て)

紹介医療機関の所在地・名称

フリガナ 患者氏名	様	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	性別	
住所 電話番号					
紹介基準 該当に チェック☑	<p>かかりつけ医から腎専門医への紹介基準（以下のいずれかを満たす場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 尿蛋白(2+)以上または尿蛋白0.5g/gCr以上または顕性アルブミン尿(300mg/gCr) <input type="checkbox"/> 尿蛋白、尿潜血ともに(1+)以上 <input type="checkbox"/> 糖尿病患者の場合は微量アルブミン尿(30~299 mg/gCr)が陽性 <input type="checkbox"/> eGFR 40 mL/min/1.73m² 未満 <input type="checkbox"/> 男性Cr 1.5mg/dl以上、女性Cr 1.2mg/dl以上(eGFRが算出されない場合) <input type="checkbox"/> (再紹介)尿蛋白、潜血ともに+以上悪化、あるいは尿蛋白が++以上悪化 <input type="checkbox"/> (再紹介)eGFR 40 mL/min/1.73m² 未満 <input type="checkbox"/> (再紹介)短期間(数か月)でのCr値が1.5倍以上の上昇 <input type="checkbox"/> (再紹介)eGFR 20 mL/min/1.73m² 未満 <input type="checkbox"/> (再紹介)コントロール困難な高血圧、浮腫、貧血、高カリウム血症など <input type="checkbox"/> その他 				
家族歴 既往歴					
病状経過 および 治療経過	過去の尿検査・腎機能データのコピーを頂ければありがたいです。				
処方	お薬手帳持参指示いただければ、記載は不要です。				