年　　　月　　　日

**福島県CKD（慢性腎臓病）連携連絡用**
**診療情報提供書**

**（かかりつけ医→腎臓専門医・専門機関）**

**紹介先医療機関等名**　　　　　　　　　　　　　病院 　　　　　　 科　　　　　　　　　　　　　　　先生

**紹介元医療機関等名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　書

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

**患者氏名**　 　　　　　　　　　 　性別　男・女　　職業

患者住所 　　　　　　　　　　　　　 　電話番号

生年月日　　明治・大正・昭和・平成・令和・西暦　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　歳

傷病名　　□慢性腎臓病　□高血圧　 □糖尿病 　□脂質異常症

□その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　)

**紹介目的**□慢性腎臓病の精査・治療方針確立

□その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　)

既往歴及び家族歴

□特記事項なし

□特記事項あり( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

症状経過及び検査結果

□特記事項あり( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

□下記参照

**Ａ　3か月以内に専門機関への紹介することが望ましい**

**□ 尿蛋白（＋＋）**

**□ 尿蛋白（＋）かつ尿潜血（＋）**

**□ eGFR<40ml/min/1.73m2**

**□ 腎臓に合計５個以上の嚢胞がある**

**□ 上記のいずれにも該当しない**

**B　ただちに専門機関へ紹介することが望ましい**

**□ 尿蛋白（＋＋＋）**

**□ CKDの基準を満たし、かつ 1カ月以内にeGFRが10 ml/min/1.73m2以上低下した**

**□ 血清クレアチニン≧5.0 mg/dl**

治療経過　□慢性腎臓病は未治療

□その他特記事項なし

　　　　　□その他特記事項あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

現在の処方　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　記載いただくか、「お薬手帳」等のコピーを添えてください

備考　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。

2. 必要により、画像、検査データを添付してください。

3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入してください。

　　さらに、患者さんの住所および電話番号を必ず記入してください。

**本診療情報提供書は厚生労働省指定診療情報提供書別紙様式11に完全準拠しています**