

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 _____

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/1.73m
- ²
-
-
- 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か月以内にeGFRが10 ml/min/1.73m
- ²
- 以上低下した
-
-
- 血清クレアチニン
- \geq
- 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 (_____)

- 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
- 必要により、画像、検査データを添付してください。
- 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