

佐世保市 CKD 病診連携紹介状

令和 年 月 日

貴院の診療情報提供書に添付してご利用になる際は、太枠のみご記入ください

紹介医療機関（貴院）の所在地・名称

下記の患者様をご紹介申し上げます

紹介先 医療機関	医療機関名 科	先生		
ふりがな 患者氏名	様	生年月日	年 月 日(歳)	男・女
住所 電話番号				
紹介基準 該当に チェック	かかりつけ医からの腎専門医への紹介基準 (以下のいずれかを満たす場合) <input type="checkbox"/> eGFR 45 ml/min/1.73m ² 未満 <input type="checkbox"/> 尿蛋白/Cr 比 0.50 g/gCr 以上、または尿蛋白定性 2+以上 <input type="checkbox"/> 糖尿病症例の場合 尿中アルブミン尿 300 mg/gCr 以上 <input type="checkbox"/> 尿蛋白と血尿がともに陽性 (1+) 以上 <input type="checkbox"/> 急性増悪 (eGFR が 3 か月以内で 30%以上低下、または 15 ml/min/1.73 m ² 以上低下) <input type="checkbox"/> その他 ()			
主訴				
家族歴 既往歴				
症状経過 検査所見 処方など				
備考				