

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します

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☑	<p>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）</p> <p><input type="checkbox"/> eGFR 45 ml/min/1.73m² 未満</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病症例の場合 尿中アルブミン尿 300 mg/gCr 以上</p> <p><input type="checkbox"/> 尿蛋白と血尿がともに陽性（1+）以上</p> <p><input type="checkbox"/> 急性増悪（eGFR が 3 か月以内に 30%以上低下、または 15 ml/min/1.73 m² 以上低下）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>				
主訴					
家族歴 既往歴					
症状経過 検査所見 処方など					
備考					