|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **診療情報提供書（区東北部連携）**  全てを記載頂かなくても、※の項目だけあれば連携可能です  令和　 　年　 　月　 　日  ※紹介先医療機関  紹介先医療機関名を記入してください  またはこちらのリストから選択してください　　　　　　　　　　　　　　 　　先生  紹介元医療機関名  **※紹介目的　(複数選択可)**　　　　　　　　　 医師名  腎機能障害　　　　　  尿検査異常　　　　 住所  患者教育・食事指導　  腎生検の相談　　　 電話番号  慢性腎臓病に対する治療方針の相談  透析療法、末期腎不全治療に関する相談（透析希望のない患者の診療の相談もお受け致します）  **受診希望日　令和　　　年　　　月　　　日** | | | | |
| ※患者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ※性別 | 男　・　 女 | |
|  |  |  |  | |
| ※生年月日 | 大・昭・平　 　年　 月 　　日 (　　　歳) | 職業 |  | |
| ※住所 | 〒 | ※電話番号 | |  |
| ※現病歴 | 貴院で使用されている書式の紹介状を持参でも結構です | | | |
| ※現在の処方 | 処方箋の写し添付・お薬手帳持参で結構です | | | |
| **尿検査の結果がない場合は、**  **記載しなくても構いません** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※**血清Cr** | mg/dL | | | **eGFR** | mL/min/1.73m2 | | |
| **尿定性** | | | | | | | |
| 糖 | (－)  (±)  (＋)  (＋＋以上) | | | | | | |
| 蛋白 | (－)  (±)  (＋)  (＋＋以上) | | | | | | |
| 潜血 | (－)  (±)  (＋)  (＋＋以上) | | | | | | |
| 蛋白尿区分　該当にチェックする | | | | | | | A1 | A2 | A3 |
|  | | | 尿蛋白定性 | | | | 正常  （－） | 軽度蛋白尿  （±） | 高度蛋白尿  (＋～) |
| eGFR区分  (mL/min/1.73m2)  該当に  チェック | | G1 | 正常～高値 | | | ≧90 |  | 潜血＋なら紹介 | 紹介 |
| G2 | 正常～軽度低下 | | | 60～89 |  | 潜血＋なら紹介 | 紹介 |
| G3a | 軽度～中等度低下 | | | 45～59 | 40歳未満紹介 | 紹介 | 紹介 |
| G3b | 中等度～高度低下 | | | 30～44 | 紹介 | 紹介 | 紹介 |
| G4 | 高度低下 | | | 15～29 | 紹介 | 紹介 | 紹介 |
| G5 | 末期腎不全 | | | ＜15 | 紹介 | 紹介 | 紹介 |
| **※今後の希望：** 区東北部CKDネットワークでは「かかりつけ医」と「腎臓専門医」の併診体制による 二人主治医制を推奨しておりますが、ご希望に添った連携をさせて頂きたいと考えております。  CKDの評価後は自院で診療　　　  CKDに関して腎専門医の定期的併診希望  全面的に腎専門医で加療を希望　  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |