

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

先生

※紹介目的（複数選択可）

- 腎機能障害
- 尿検査異常
- 患者教育・食事指導
- 腎生検の相談
- 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）

紹介元医療機関名

医師名
住所
電話番号

受診希望日 令和 年 月 日

※患者氏名	フリガナ	※性別	男 ・ 女
※生年月日	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		

※血清 Cr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²
尿定性			
糖	(-) (±) (+) (++)以上		
蛋白	(-) (±) (+) (++)以上		
潜血	(-) (±) (+) (++)以上		

尿検査の結果がない場合は、記載しなくても構いません

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/1.73m ²) 該当に チェックする	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
全面的に腎専門医で加療を希望

CKD に関して腎専門医の定期的併診希望
その他（ ）