

紹介先

医療機関名 : _____
 診療科 : _____ 科
 担当医師 : _____ 先生

紹介元 (名刺貼付でも可) 千葉県 CKD 対策協力医

医療機関名 : _____
 診療科 : _____
 担当医師 : _____
 電話・FAX : _____

患者情報

フリガナ
 患者氏名 : _____
 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
 性別 : 男 女
 電話番号 : _____
 職業 : _____
 住所 : _____

傷病名 (複数選択可)

腎機能低下 蛋白尿 血尿 その他 (ご自由にご記載下さい)

紹介目的 (複数選択可)

原因精査・治療 生活・食事指導 治療薬調整
 腎不全管理 透析導入 腎代替療法選択
 その他 (ご希望がありましたら、ご自由にご記載下さい)

現病歴・既往歴

糖尿病 高血圧 脂質異常症 高尿酸血症 特記すべきものなし
 その他 (ご自由にご記載下さい)

処方内容 (処方箋・お薬手帳のコピー添付でも可)

検査所見 (検査結果用紙のコピーを過去のものも含め添付頂けますと幸いです)

eGFR : _____ ml / 分 / 1.73m² 尿蛋白 (定性) : - ± + 2+ 3+以上
 尿蛋白 / クレアチン比 : _____ g / gCr 尿潜血 (定性) : - ± + 2+ 3+以上

今後の診療に関するご希望

※腎臓専門医での専門的診療の後に症状が安定している場合には、逆紹介もしくは腎臓専門医との連携した診療を行うことを千葉県 CKD 重症化予防対策では基本としていますが、それ以外をご希望の場合 (安定した後も腎臓専門医での診療をご希望される場合など) は、ご希望内容を下記にご記載ください。



※「腎臓専門医が在籍する千葉県 CKD 重症化予防対策協力施設リスト」はこちらの QR コードから <https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/kenkouken/dm-ckd-senmoni.html>

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 に準拠しています。