

# CKD 診療情報提供書

日付： 年 月 日

## 【紹介先 CKD 専門病院】

春日部嬉泉病院 CKD 外来

秀和総合病院 CKD 外来

その他 ( )

担当 先生

## 【紹介元】

医療機関： \_\_\_\_\_

診療科： \_\_\_\_\_

担当医師： \_\_\_\_\_

## 【患者情報】

患者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 性別：  男  女

## 【該当する紹介基準】

診察時に患者が下記の (1) または (2) のいずれかの状態である場合 (該当するものにチェックを入れてください)

(1) 下記の①～②のいずれかに該当

①クレアチニン  $\geq 2.0$

②e-GFR  $\leq 30$

③医師会員の先生が迷った場合

または

(2) 下記の①～②のいずれかに該当

①クレアチニン  $\geq 4.0$

②e-GFR  $\leq 15$

③浮腫み、呼吸困難などの症状が強い場合

※ (1) に該当  $\Rightarrow$  併診とし、かかりつけ医は変更しない。

※ (2) に該当  $\Rightarrow$  かかりつけ医は CKD 専門病院へ変更とする。

## 【検査所見】 (検査結果用紙のコピーを添付頂けますと幸いです)

クレアチニン値 ( )	eGFR ( ) ml/分/1.73 m <sup>2</sup>
-------------	-----------------------------------

【症状】  浮腫み  呼吸困難  その他 ( )

【病歴】  糖尿病  高血圧  その他 ( )

【処方内容】 (お薬手帳をご持参いただけるよう患者さんにお伝えください)

【専門的診療の後に症状が安定している場合の逆紹介ご希望の有無】  希望あり  希望なし

## 【備考欄】