

かがわCKD病診連携紹介シート【初診用】（診療情報提供書）

年 月 日

<紹介先医療機関>

医療機関の名称

及び所在地

医療機関名

電話番号

F A X

診療科

担当医

先生

診療科・医師氏名

*宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入下さい。

フリガナ	患者氏名			(男・女)
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (才)
患者住所	_____			
【紹介目的】	以下の精査をお願いします。			
	<input type="checkbox"/> 腎機能低下 (eGFR < 45ml/min/1.73m ²)	(eGFR		ml/min)
	<input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性 (2+以上)	(定量測定していれば		g/gCr)
	<input type="checkbox"/> 尿潜血陽性+尿蛋白陽性	(実施していれば尿沈査		/HPF)
	<input type="checkbox"/> その他 (詳細は下記)			
【治療・経過】	<input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 高血圧、 <input type="checkbox"/> 心疾患、 <input type="checkbox"/> 高脂血症、 <input type="checkbox"/> () で加療中 <input type="checkbox"/> 検診で指摘			
【治療・経過補足】				
【現在の処方】	<input type="checkbox"/> 同封の処方箋の写しを参照下さい。 <input type="checkbox"/> 持参するお薬手帳をご参照下さい。			
【自由記載・コメント欄】				