|  |  |
| --- | --- |
|  | **初診用** |
|  | **再診用** |

診療情報提供書（CKD紹介用）

**印をお願いします**

**紹介先医療機関**

**紹介元医療機関名**

* 飯田市立病院　□ 健和会病院
* 輝山会記念病院　□ 飯田病院
* 中島医院　□ まるやまファミリークリニック
* 飯田山本クリニック　□ つかはらおやこクリニック
* （　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生

|  |
| --- |
| 受診希望日・緊急性等□本日中　□2～3日中　□1週間以内□1週間以上先でも良い |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）患者氏名 |  | 男・女 | M T S H 　 年 月　 　日生 |
| 住所 |  | TEL |
| **紹介の目的・今後の希望**□今後の治療方針・投薬調整の提示　□CKDの診断・評価のみ　□今後の予測・見通しを本人家族へ説明□CKD患者教育　□定期的な併診（連携）　□全面的に加療移行を希望　□腎代替療法の説明　□栄養指導　□動脈硬化の評価（ABI、頸動脈エコーなど）□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**現在の状況**　□蛋白尿および血尿　□蛋白尿 (1+)以上または、0.5g/g･Cr以上　□eGFR　**45**ml/min未満**処方内容**□お薬手帳 参照　□下記　□他医でも投薬あり**治療経過・既往歴等**  **基本データ（直近の採血・尿検査結果、可能であれば過去３年分のCr, BUN, 尿検査などを添付下さい）****身障認定**（ある場合）：□1級　　□3級 □4級 |
|  |