（様式A-2）

CKD返書（かかりつけ医→地域）

令和　　　年　　　月　　　日

　〇〇市町村　保健師・栄養士　行き

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名　（隣欄の性別も含めて、予め記入）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | | 男　・　女 | 生年月日　（予め記入）  　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　生 |
| 検査結果 | 検査年月日　　令和　　　年　　　月　　　　日  eGFR　　　　　　　　　　ml/min/1.73㎡　　　　クレアチニン　　　　　　　　　g/g  尿蛋白　　　　　　　　　　　　　　　尿潜血  情報があればご記入ください。  　　微量アルブミン尿　　　　　　　　　　　mg/gCr  その他必要な内容をご記入ください。 | | |
| 診断名 |  | | |
| 今後の  治療方針 | □専門医に紹介　　　　　　　　　　　　紹介医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介医師 | | |
| □治療開始  □指導の上観察（　　　　　ヶ月後再検）  □自医・他医にて治療中  □その他 | | |
| 保健・栄養指導 | 上記の情報をもとにした保健・栄養指導は、  □自院で対応するので不要  □地域保健師・栄養士で対応　　指示内容  □医学的に不要 | | |

※お手数ですが添付の封筒にて郵送をお願いします