（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