**診療情報提供書(CKD連携用)**

　　年　　　月　　　日

JAとりで総合医療センター

紹介元（かかりつけ医療機関）

病院名：

医師名：

腎臓内科　担当医 先生

※月～金AM9時～10時に予約枠を設けております

予約せず来院された場合も、本用紙があれば順次診察可能です

|  |
| --- |
| ふりがな  患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別（ 男 ・ 女 ） |
| 生年月日  　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　 日　　　（　　　　歳） |
| 【紹介目的】※（　）内を参考にしてください  □腎機能低下（40歳以上：eGFR 45ml/min/1.73m2未満, 40歳未満：eGFR 60ml/min/1.73m2未満）  □尿蛋白陽性（尿蛋白1＋以上の持続）  □尿蛋白および潜血陽性  □浮腫  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【臨床経過】（簡潔で構いません） |
| 【併存症/既往症】  □高血圧　　　□糖尿病　　　□脂質異常症　　□心血管系疾患  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【処方内容】  □処方箋のコピーを参照してください  □持参するお薬手帳を参照してください  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【今後の治療方針】  □精査後は当院での診療を希望します  □定期的な併診を希望します  □腎専門医のみでの診療を希望します  □精査後の結果内容にて相談を希望します  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【コメント欄】 |

※検査データ（可能なら時系列データ）と処方内容のご提供をお願い致します。