ＣＫＤ登録医（かかりつけ医）→腎臓専門医療機関

半田ＣＫＤ病診連携紹介シート【初診用】（診療情報提供書）

＜紹介先医療機関＞

半 田 市 立 半 田 病 院

腎臓内科

先生

＜紹介元医療機関＞

医療機関名

担当医師

電話・ＦＡＸ

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(旧姓　　)	男・女	年　月　日（　歳）
住所		電話番号	

予約希望日

□ 指定日：第一希望　月　日（　）　第二希望　月　日（　）

第三希望　月　日（　）　第四希望　月　日（　）

□１週間以内の予約　□２週間以内の予約　□２週間以上先でも可能

紹介基準		①　尿蛋白２＋以上、または尿蛋白／尿Ｃｒ比０．５以上		
		②　たんぱく尿と血尿がともに陽性（１+以上）		
		③　ｅＧＦＲ<50ｍＬ／分／１．７３ｍ２または血清ＣＲＥ>１．５ｍｇ／ｄＬ		
合併症		①　糖尿病		⑤　虚血性心疾患
		②　高血圧		⑥　脳卒中
		③　脂質異常症		⑦　糖尿病性網膜症
		④　高尿酸血症		⑧　その他

検査所見	（検査結果等のコピー可）
現病歴（治療歴）	
現在の処方	（処方箋のコピー可）
依頼内容	□精査・診断　□教育指導　□薬物調整　□栄養指導 □その他（　　）
紹介後の方針	※ご希望がありましたら、チェックをお願い致します。ただし、状況によってはご意向に添えない場合があります。 □可能な限り自院でみる　□専門医の判断に任せる　□主たるフォローを専門医へ任せたい
フリーコメント	