

(CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医) → 腎臓診療医)

薩摩川内市 紹介シート (診療情報提供書)

下記の患者をご紹介します。ご高診をよろしくお願いいたします。 令和 年 月 日

【紹介先医療機関】	
医療機関名	病院 科 先生
【紹介元医療機関】	
医療機関名	医師名 印

患者氏名 (ふりがな)	性 別	生 年 月 日	昭和	年	月	日	才
様		住 所					

参 考	健診で 該当した 紹介基準	① eGFR45未満 (40歳以上)	④ 蛋白尿1+ (A3) 以上
		② eGFR60未満 (40歳未満)	⑤ 血尿(1+以上)を伴う 蛋白尿± (A2) 以上
		③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下	⑥ eGFR60未満の 蛋白尿± (A2) 以上

【CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)による検査結果】

紹 介 基 準	eGFR値(ml/min/1.73m ²)による紹介基準		蛋白尿による紹介基準	
	① eGFR45未満 (40歳以上)		④ 蛋白尿1+ (A3) 以上	
	② eGFR60未満 (40歳未満)		⑤ 血尿(1+)を伴う 蛋白尿± (A2) 以上	
	③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下		⑥ eGFR60未満の 蛋白尿± (A2) 以上	
備考	※ 原疾患に糖尿病がある場合には更に糖尿病専門医・専門医療機関への紹介も考慮することとされています。		※ 蛋白尿一で血尿のみ+の場合、泌尿器科紹介または経過観察。	

検査所見 (検査結果 のコピーを 添付も可能 です)	必須 項目	血 圧	mmHg		
		eGFR	mL/min/1.73m ²		血清Cr mg/dL
	任意 項目	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	血 尿	- ± + 2+
		早朝蛋白尿(定性)	- ± + 2+ 3+	尿蛋白/クレアチニン比	g/gCr
		糖尿病性腎症が疑われる場合	血糖 mg/dL (空腹時・食後 時間)	HbA1c % (NGSP値)	

合併症 (含む既往歴)	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 脳卒中 ☐ 高脂血症 ☐ 高尿酸血症 ☐ その他 ()
----------------	---

現病歴 (治療歴)	健診からの紹介 有 (年 月) ・ 無	以前の血清Cr値 mg/dL
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

現在の処方 (処方箋のコピー可)	
---------------------	--

専門医への 依頼項目	☐ 教育指導 [] ☐ 薬物調整 [] ☐ 合併症について []
	☐ 栄養指導 [] ☐ その他 []

紹介後の針	☐ 基本的に自院でみる ☐ フォローは専門医へ任せたい
-------	---

☐ 患者が腎臓診療医を受診しました。 ※腎臓診療医はチェック後、月毎にまとめて返信用封筒でご郵送ください。