

中部ろうさい病院CKD精査依頼書

中部ろうさい病院 腎臓内科
医師名

紹介元施設

所在地

電話番号

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿	男・女	年 月 日
住所		TEL	

依頼理由（複数可）

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 原疾患の診断 | ☐ 今後の治療方針 | ☐ 患者教育・食事指導 |
| ☐ 合併症のスクリーニング | ☐ 膠原病の精査 | |
| ☐ 検査のみ希望（検査名 | ） | ☐ 腎代替療法選択 |

	年 月 日	参考紹介基準
血圧	/ mmHg	下記項目のどれか一つあれば ご紹介ください
Cr	mg/dL	
eGFR	mL/分/1.73m ²	☐ eGFR60未満 ☐ 尿蛋白1+以上 ☐ 3ヶ月以内に30%以上のeGFR低下
尿潜血	－, ±, +, 2+, 3+	
尿蛋白定性	－, ±, +, 2+, 3+	
HbA1c	%	

合併疾患	☐ 高血圧	☐ 糖尿病	☐ 脂質異常症	☐ 虚血性心筋症
	☐ TIA・脳梗塞	☐ ASO	☐ 喫煙歴	☐ その他（ ）

当院では、当患者において下記CKD病診連携を希望します

- | | |
|--|--|
| ☐ ろうさい病院で精査終了後、当院で加療希望 | ☐ CKDについては併診を希望 |
| ☐ 今後CKDについてはろうさい病院での加療を希望 | |
| ☐ その他（ ） | |

ご自由にご記載ください

・処方箋のコピーを添付いただくか受診の際にお薬手帳を持参するようご指導ください。