診療情報提供書（紹介状）

（川越地区CKD診療連携プログラム：K-CKDI）

|  |
| --- |
| 医療機関名：  |
|  |
|  |
| 医師氏名： |

|  |
| --- |
| **□ 池袋病院****月水（午前/午後）、火（午前）** |
| **□ 康正会総合クリニック/康正会病院** |
| **月（午前）、水（午後）****□ 赤心堂病院** |
| **月（午後）、火木（午前）****□ 埼玉医科大学総合医療センター****土（午前）** |

０００００年０００月０００日

**腎臓内科（腎・高血圧内科）**

**CKD外来　担当先生**

|  |
| --- |
| 患者氏名　： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）生年月日　： 明・大・昭・平　００　 年００ 月００ 日　（００歳） |
| １）腎機能低下 | □ eGFR **５０** 未満　（ml/min/1.73m2）※相当する血清Cr値は別紙を参照 |
| または / かつ |
| ２）尿蛋白 | □ **(１＋)**以上 が **連続 ２回** 以上 |
| 【経過・診断】□糖尿病　 □高血圧症　 □脂質異常症　 □高尿酸血症　 □心疾患□腎機能低下・蛋白尿・血尿の指摘歴　　□膠原病（自己免疫疾患） □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　） |
| 【現在の処方】□あり （ □処方箋のコピー　□お薬手帳 ）　 □なし |
| 【貴院以外の通院先】□あり （医療機関名：　　　　　 　　　　　　 　　　　　 　　　　　　）　□なし |
| 【備考】 |

　　　　　　　　　　　　　　　□欄の該当箇所に、☑を入れて下さい

**フリガナ**

※過去の腎機能や尿検査、健康診断の結果があればご同封ください