６：プライマリケア医から腎臓専門医への依頼状

**横浜CKD連携協議会精査依頼書**平成　　年　　月　　日

紹介先 　　　　　　　　　病院　　　　　　　　紹介元クリニック名

　　　　　　　　　先生ご侍史　　　 　　　医師氏名

|  |
| --- |
| 患者氏名 |
| 生年月日　　㍽・㍼・㍻　　年　　月　　日(　　　歳)　　(男・女) |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |

依頼理由(複数チェック可)

* CKD確定診断　 □ＣＫＤ今後の治療方針 □ＣＫＤ患者教育・食事指導

□検査のみ希望(検査名　　　　　　　　　)　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　)

CKD関連検査結果(下記以外の検査データのコピーもお願い致します)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年／月／日 | ／　　／ | ／　　／ | **紹介参考基準****下記項目のどれか１つあれば、ご紹介ください** |
| Cr(クレアチニン) |  |  |
| ｅＧＦＲ |  |  | **尿蛋白２＋以上のときは必ず紹介****尿蛋白尿潜血共に１＋以上****２回続けてeGFR50未満****２回続けてCr男性1.5女性1.2mg/dL以上** |
| 尿蛋白 |  |  |
| Ｈｂ(ヘモグロビン) |  |  |
| 血圧 | ／ | ／ |

ｅＧＦＲは必須項目ではありません。紹介参考基準は、あくまで参考ですので、これより軽度でのご紹介でもかまいません。

|  |
| --- |
| 現病歴合併疾患　□高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □喫煙歴あり □狭心症・心筋梗塞 　□TIA・脳梗塞　　　　　　□ASO　　　□飲酒歴あり |

患者の処方内容(別紙処方箋のコピーでも可)

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**――当院の希望――**

下記の検査・治療は、当院で施行困難なため、お返事の際、ご考慮ください

|  |
| --- |
| □eGFR算定 □尿中アルブミン検査 □１日蓄尿検査□CKD栄養指導 □エリスロポエチン皮下注　　□尿蛋白/尿Cr比□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

当院では、当患者において、下記のCKD病診連携を希望します

|  |
| --- |
| □貴院精査終了後、当院で加療希望 □今後、CKDについては、貴院と当院で併診希望□今後、CKDについては、貴院あるいはCKD専門のかかりつけ医で加療希望□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

依頼書裏面　CKD診療ガイド2012より抜粋



