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（簡略版）**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) |

依頼理由(下記の紹介参考基準に丸印をつける形式でも結構です)

□CKD確定診断　　　□ＣＫＤ今後の治療方針 □ＣＫＤ患者教育・食事指導

**横浜CKD連携協議会　紹介参考基準**　該当する箇所に丸印をつけてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cr(クレアチニン) | 男性1.5 mg/dL以上女性1.2 mg/dL以上 |  | 紹介基準は横浜CKD連携協議会が推奨する基準でありこれより軽度での紹介もかまいません |
| ｅＧＦＲ | 50未満(60未満でも可) |
| 尿蛋白 | **尿蛋白２＋以上の時は必ず紹介**尿蛋白尿潜血共に１＋以上 |

現病歴(患者の処方箋、検査データ（採血・検尿）のコピーを同封してください)

**――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 |

依頼書裏面　CKD診療ガイド2012より抜粋



