

<鹿屋市> 紹介シート (診療情報提供書)

下記の患者を御紹介申し上げます。御高診をよろしく申し上げます。

年 月 日

【紹介先医療機関】

医療機関名

病院

科

先生御机下

【紹介元医療機関】

医療機関名

医師氏名

印

患者氏名
(ふりがな)

性別

生年月日

年

月

日

才

様

男・女

住所

| | | | |
|------|-----------------------|----------|--|
| 紹介基準 | ①40歳未満 | eGFR60未満 | ④蛋白尿 1+(A3) 以上 又は0.50以上 又は尿アルブミン 300以上 |
| | ②40歳以上 | eGFR45未満 | ⑤血尿 1+以上を伴う尿蛋白 ±(A2) 又は0.15~0.49 又は尿アルブミン 30~299 |
| | ③3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下 | | ⑥eGFR60未満の蛋白尿 ±(A2) |

| | | | | | |
|----------------------------|------|---------------|--|-------------|-----------|
| 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 |
| | | 尿蛋白 | | 血尿 | |
| | 任意項目 | 早朝蛋白尿(定性) | | 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 (<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 食後 時間) | HbA1c | % (NGSP値) |

合併症 糖尿病 高血圧 虚血性心疾 脳卒中 脂質異常症 高尿酸血症

| | | | |
|--------------|---|----------|-------|
| 現病歴 (治療歴) | 健診からの紹介 <input type="checkbox"/> 有 (年) ・ <input type="checkbox"/> 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)

診療医への依頼項目 教育指導 [] 薬物調整 [] 合併症について []
 栄養指導 [] その他 []

紹介後の方針 基本的に自院でみる フォローは専門医へまかせたい

市への連絡事項 市健康教室等を紹介 塩分制限あり(g/日未満) たんぱく制限あり(g/日未満) 摂取カロリー()kcal/日