

<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

【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	75歳未満	①40歳未満 eGFR60未満	④蛋白尿区分A3 (1+以上 又は尿蛋白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+以上を伴う尿蛋白区分A2 (± 又は尿蛋白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未満の蛋白尿区分A2
	75~84歳	①eGFR30未満	②尿蛋白2+以上

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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 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	

現在の処方 (処方箋の コピー可)	
-------------------------	--

診療医への 依頼項目	<input type="checkbox"/> 教育指導 [] <input type="checkbox"/> 薬物調整 [] <input type="checkbox"/> 合併症について []
	<input type="checkbox"/> 栄養指導 [] <input type="checkbox"/> その他 []

紹介後の 方針	<input type="checkbox"/> 基本的に自院でみる <input type="checkbox"/> フォローは専門医へまかせたい
------------	--