

〈鹿屋市〉返信シート (診療情報提供書)

※同内容であれば、電子カルテや通常使用の返信様式でも可

【返信先医療機関】			
医療機関名			
_____ 病院		_____ 科	
先生御机下			
【返信元医療機関】			
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	住所				

受診日	年	月	日
-----	---	---	---

診断名	CKDstage	蛋白尿 A1~A3
-----	----------	-----------

検査結果	検査結果は		血圧	mmHg	推定1日尿蛋白量	g/day
	尿蛋白(定性)		血尿(定性)		Hb	g/dL
	Cr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²	TP	g/dL
	BUN	mg/dL	Alb	g/dL	K	mEq/L

今回の結果と今後の治療方針 等

教育指導
 薬物療法
 栄養指導
 その他

市健康教室等を紹介

栄養指導	エネルギー量	kcal	食塩	g	たんぱく質	g	カリウム制限
------	--------	------	----	---	-------	---	--------

次回予定	年	月	日	又は
			か月後	予約