

紹介元医療機関名（専門医）

記入例

（紹介元医療機関が記入）

殿

- ◎**原本**：紹介先医療機関 保管用
- ◎**写し**：健康増進課宛 FAX 返送用
（2枚目下方に専門医記入欄あります）

※紹介元の医療機関が下欄をご記入の上、紹介先医療機関（専門医）へご紹介ください。
※複写になっているため記入時にご注意ください。

電話番号

医師名

印

| | | | |
|------|-----------|--|---|
| 患者氏名 | 洲本 花子 様 | 性別 | 生年月日 |
| | | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | T <input checked="" type="radio"/> H <input type="radio"/> □□年 △月 ◎日（○○歳） |
| 患者住所 | 洲本市港 2-26 | 電話番号 | （自宅） 0799-22-3337 |
| | | | （携帯） |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| 傷病名 | CKD | | |
| 紹介目的 | <input checked="" type="radio"/> CKD・DKDについての治療方針検討 <input type="radio"/> 栄養指導 <input type="radio"/> 透析に関する説明 <input type="radio"/> 腎移植についての説明 | 備考 | ※特に依頼したいこと等を記入 |
| 紹介基準 | <input type="radio"/> 40歳未満 eGFR 60未満 <input type="radio"/> 40~69歳 eGFR 50未満 <input checked="" type="radio"/> 70~79歳 eGFR 40未満 <input type="radio"/> 80~89歳 eGFR 35未満 <input type="radio"/> 90歳以上 eGFR 30未満 <input type="radio"/> 3か月以内に、30%以上のeGFR低下 <input type="radio"/> 蛋白尿2+以上 <input type="radio"/> 蛋白尿と血尿がともに陽性（1+以上） | 基礎疾患 | ① 糖尿病 <input checked="" type="radio"/> ② 高血圧 ③ 腎炎 ④ 多発性のう胞腎 ⑤ その他 （ ） |
| 既往歴及び家族歴 | | | |
| 最新の検査所見 | 年 月 日 随時血糖（ ）mg/dl 血清クレアチニン（ ）mg/dl 尿蛋白（ ） | 空腹時血糖（ ）mg/dl HbA1c（ ）% 尿蛋白/尿クレアチニン（ ） 尿潜血（ ） | |
| 病状の経過及び検査所見の推移 | ※データを持参する場合は、記入は不要です。 | | |
| 現在の処方 | ※おくすり手帳を持参する場合は、記入は不要です。 | | |
| 治療の経過 特に処方の変更履歴 | ※腎機能に変化を認められた時期の変更履歴については、詳細をご記入ください。 | | |
| ※別添（有・無） | | | |

★おくすり手帳や過去の検査所見をなるべく持参させてください。

「洲本市CKD・DKD病診連携」返信用FAX連絡票

記入例

紹介元医療機関、
専門医が記入

(専門医)

殿

◎**原本**：紹介先医療機関 保管用

◎**写し**：健康増進課宛 FAX 返送用

紹介元医療機関の所在地及び名称（かかりつけ医）

※紹介元の医療機関が下欄（『最新の検査所見』まで）をご記入の上、紹介先医療機関（専門医）へご紹介ください。

電話番号

医師名

| | | | | | |
|------|----------|------|--|--------------|---|
| 患者氏名 | 洲本 花子 様 | 性別 | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> | 生年月日 | T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> □□年 △月 ◎日 (○○歳) |
| 患者住所 | 洲本市港2-26 | 電話番号 | (自宅) | 0799-22-3337 | |
| | | | (携帯) | | |

| | | | |
|----------|---|------|---|
| 傷病名 | CKD | | |
| 紹介目的 | <input checked="" type="checkbox"/> CKD・DKDについての治療方針検討 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 透析に関する説明 <input type="checkbox"/> 腎移植についての説明 | 備考 | ※特に依頼したいこと等を記入 |
| 紹介基準 | <input type="checkbox"/> 40歳未満 eGFR 60未満 <input type="checkbox"/> 40~69歳 eGFR 50未満 <input checked="" type="checkbox"/> 70~79歳 eGFR 40未満 <input type="checkbox"/> 80~89歳 eGFR 35未満 <input type="checkbox"/> 90歳以上 eGFR 30未満 <input type="checkbox"/> 3か月以内に、30%以上のeGFR低下 <input type="checkbox"/> 蛋白尿2+以上 <input type="checkbox"/> 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上) | 基礎疾患 | ・糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> ・高血圧 ・腎炎 ・多発性のう胞腎 ・その他 () |
| 既往歴及び家族歴 | | | |
| 最新の検査所見 | 年 月 日 空腹時血糖 () mg/dl 随時血糖 () mg/dl HbA1c () % 血清クレアチニン () mg/dl 尿蛋白/尿クレアチニン () 尿潜血 () | | |

※紹介先の医療機関（専門医）が下欄をご記入ください。

(専門医 → 洲本市) (洲本市健康増進課 宛 FAX : 0799-24-2210)

※ 初回時のみ使用

下記のとおり受診されましたので連絡します。

【医療機関名】

【医師名】

○○病院 (押印でも可)

○○ ○○ (押印でも可)

【受診年月日】 2022年 1月 10日

| | |
|-------|----------|
| 診 断 名 | CKDstage |
| | |