

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 随時血糖 () mg/dl 血清クレアチニン () mg/dl	空腹時血糖 () mg/dl	HbA1c () % 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】

〇〇病院 (押印でも可)

〇〇 〇〇 (押印でも可)

【受診年月日】 2022年 1月 10日

診 断 名	CKDstage