

湘南鎌倉総合病院CKD精査依頼書

湘南鎌倉総合病院 腎臓病総合医療センター

施設名

診療科

所在地

医師名

電話番号

fax

診療科

ID

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿	男・女	年 月 日
住所			TEL

依頼理由（複数チェック可）		
<input type="checkbox"/> CKD 原疾患の診断	<input type="checkbox"/> CKD 今後の治療方針	<input type="checkbox"/> CKD 患者教育・食事指導
<input type="checkbox"/> CVD合併症リスクのチェック	<input type="checkbox"/> SLE/MCTDなど膠原病の精査	
<input type="checkbox"/> 検査のみ希望（検査名 _____）		

年/月/日	年 月 日	年 月 日	紹介参考基準
Cr（クレアチニン）	mg/dl	mg/dl	下記項目のどれか1つ有ればご紹介ください ・ 潜血の有無にかかわらず尿蛋白1+以上（0.3g/gCre以上） ・ 2回続けてeGFR50未満（40歳未満ではeGFR60未満） ・ 糖尿病があり、尿アルブミン300mg/gCr以上の場合
eGFR	ml/分/1.73 m ²	ml/分/1.73 m ²	
尿タンパク/尿潜血（定性）	/	/	
尿タンパク（定量）	mg/gCr	mg/gCr	
Hb（ヘモグロビン）	g/dl	g/dl	
血圧	/ mmHg	/ mmHg	

主要所見	<input type="checkbox"/> 健診での尿異常 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 上気道炎後の尿異常 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 関節痛
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞
	<input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞 <input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> 飲酒歴あり <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

患者の処方内容（別紙処方箋コピーでも可）

○○○ 当院の希望 ○○○
当院では、当患者において、下記CKD病診連携を希望します。
<input type="checkbox"/> 貴院精査終了後、当院で加療希望 <input type="checkbox"/> 今後、CKDについては、貴院と当院で併診希望
<input type="checkbox"/> 今後、CKDについては、貴院あるいはCKD専門のかかりつけ医で加療希望
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）