

紹介シート (診療情報提供書)

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしくお願いします。

令和 年 月 日

【紹介先医療機関】				
医療機関名 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生御机下				
【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		住所	_____	
紹介基準	①40歳未満	eGFR60未満	④蛋白尿 1+以上 又は0.50 又は尿アルブミン300以上	
	②40歳以上	eGFR45未満	⑤血尿(1+以上)を伴う蛋白尿± 又は 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	
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	
	任意項目	尿蛋白	血尿	
		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"/>	<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 _____ 月) ・ <input type="checkbox"/> 無		以前の血清Cr値	mg/dL
			_____ 年 _____ 月	
			_____ 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			