

浦添市CKD・糖尿病性腎症重症化予防プログラム病診連携紹介 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

<返信元医療機関>

医療機関名

先生

担当医師

電話・FAX

患者氏名
(ふりがな)

性別

生年
月日

大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

様

受診日 平成 年 月 日

診断名

CKD
ステージ

蛋白尿 A1~A3

検査結果	検査結果は別添参照		血圧	/ mmHg	推定1日尿蛋白量	g/day
	尿蛋白(定性)	- ± + 2+ 3+	血尿(定性)	- ± + 2+ 3+	Hb	g/dL
	Cr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²	TP	g/dL
	シスタチンC	mg/L	eGFRcys	mL/min/1.73m ²	Alb	g/dL

今回の結果と今後の治療方針 等

K

mEq/L

 生活指導
 栄養療法
 薬物療法
 その他

血圧の目標値

/ mmHg

採血推奨頻度

毎月 ・ 2か月おき ・ 3か月おき ・ 6か月おき

栄養指導

(済 未)

指導内容

エネルギー量 kcal、食塩 g、たんぱく質 g、カリウム制限 有・無

再紹介の
時期(目安)

年 月 日 または カ月後

※血圧・体重・浮腫などのコントロールに困難を感じたらいつでもご紹介ください。