

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。