**【CKD病診連携用】**

**（あて先）成田記念病院　地域医療連携室**

**FAX番号　（0532）31-2279**

**診療申込書兼紹介状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ****患者氏名****連絡先：　　　　　－　　　　　　　－** | **男****女** | **大正・昭和・平成・令和****年　　　月　　　日** |
| **住所　〒　　　　－** |  |  |

|  |
| --- |
| **申込み医療機関** |
| **医療機関名** | **担当医師　　　　　　　　　　　　先生** |
| **TEL：** | **FAX：** | **依頼日：** |

**【紹介項目】**

**1)以下のうち、いずれか一つでもありましたら☑(複数選択可)**

　　※数日以内で予約して頂いたほうがよい患者様

**□**急速な腎機能悪化(３か月以内にeGFR30%以上の低下)

□ネフローゼ症候群(尿蛋白3+以上、血清蛋白＜6.0mg/dL or血清Alb値＜3.0mg/dL、全身浮腫)

□末期腎不全(eGFR<15)に伴った肺水腫

□高K血症(K>6.5mEq/L)

□ＣＫＤ教育目的

□ＤＫＤ教育目的

**2) 以下のうち、いずれか一つでもありましたら☑(複数選択可)**

腎機能低下：□eGFR<60　□eGFR<45　□eGFR<30

尿蛋白：□2+以上　□1＋　□±　□なし

□尿蛋白/Cr500㎎/日以上　□150～490㎎/日以上　□微量アルブミン尿あり

尿潜血：□陽性　　□陰性　　□その他（　　　　　　　　）

**【併存疾患】**

□糖尿病(HbA1c 6.5%以上)　　　□高血圧症　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

**【紹介後の方針】**

□透析予防外来(専門医による精査と服薬確認＋栄養指導＋看護指導)

□末期腎不全時の治療選択の説明（透析、移植、保存的）

□出来る限り、自院でのCKD診療を希望　　　　　　□成田記念病院との併診を希望

□CKDに関しては、成田記念病院での診療を希望　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

**※検査データ、お薬手帳のコピーを併せてFAXをお願いいたします。**

予約希望日 第１：　　月　　　日　（　　）

第２：　　月　　　日　（　　）

◆キャンセル・変更は、紹介元医療機関より成田記念病院にご連絡ください。

　　　**成田記念病院　地域医療連携室　TEL：0532-31-2528**