

【CKD 病診連携用】**診 療 申 込 書 兼 紹 介 状**

(あて先) 成田記念病院 地域医療連携室
FAX 番号 (0532) 31-2279

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)
☐ C K D 教育目的
☐ D K D 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 mg/日以上 ☐ 150~490 mg/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 ()

予約希望日 第 1： 月 日 ()
第 2： 月 日 ()

※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。

◆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