

【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 : 住所	- -	男女 年 月 日
-----------------------------	--------	-------------

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/Cr500mg/日以上 150~490mg/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