

<鹿児島市> 紹介シート (診療情報提供書)

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしくお願ひします。

年 月 日

【紹介先医療機関】			
医療機関名	病院	科	先生
【紹介元医療機関】			
医療機関名	医師氏名		印

患者氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	才
様		住所					

紹介ガイドライン 2023 基準	①蛋白尿+以上 (A3)	④~40歳未満 eGFR60未満
	②血尿(+以上)を伴う 蛋白尿±(A2)以上	40歳~ eGFR45未満
	③eGFR60未満の蛋白尿±(A2)	⑤3か月以内に30%以上のeGFR低下

検査所見 (検査結果のコピーを添付も可能です)	必須項目	血 圧	mmHg			
		eGFR	mL/min/1.73m ²		血清Cr	mg/dL
		尿蛋白	— ± + 2+ 3+	血 尿	— ± + 2+	
	任意項目	早朝蛋白尿(定性)	— ± + 2+ 3+	尿蛋白/クレアチニン比	g/gCr	
	糖尿病性腎症が疑われる場合	血糖	mg/dL	(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 食後	時間)	
		HbA1c	% (NGSP値)			

必須項目	診療医への依頼項目	<input type="checkbox"/> 教育指導 []	<input type="checkbox"/> 薬物調整 []	<input type="checkbox"/> 合併症について []
		<input type="checkbox"/> 栄養指導 []	<input type="checkbox"/> その他 []	
	紹介後の方針	<input type="checkbox"/> 基本的に自院でみる	<input type="checkbox"/> 治療方針が決定するまで、専門医へまかせたい	<input type="checkbox"/> 基本的に専門医にまかせたい

合併症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症
-----	------------------------------	------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

現病歴 (治療歴)	健診からの紹介	<input type="checkbox"/> 有 (年 月)	<input type="checkbox"/> 無	以前の血清Cr値	mg/dL
				年 月	
				年 月	
				年 月	
				年 月	
				年 月	

現在の処方 (処方箋のコピー可)	
---------------------	--