

(腎臓診療医 ⇒ CKD予防ネットワーク登録医・かかりつけ医)

〈鹿児島市〉 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 _____										
_____ 病院			_____ 科			_____ 先生				
【返信元医療機関】										
医療機関名 _____					医師氏名 _____					
(ふりがな) _____		性別	生年 月日	年 月 日			歳			
患者 氏名 _____ 様			住所	_____						
受診日		年 月 日								
診断名		_____			CKDstage	_____		尿蛋白 A1~A3		
検査 結果	<input type="checkbox"/> 検査結果は別添参照			血圧	/ _____ mmHg		尿蛋白/Cr	g/gCr		
	尿蛋白(定性)	- ± + 2+ 3+		尿潜血(定性)	- ± + 2+ 3+		Hb	g/dL		
	Cr	mg/dL		eGFR	mL/min/1.73m ²		TP	g/dL		
	BUN	mg/dL		HbA1c	%		Alb	g/dL		K
【治療方針】										
<input type="checkbox"/> 腎不全進行予防としての降圧目標:130/80mmHg以下にコントロールすること。 <input type="checkbox"/> 食事療法 (<input type="checkbox"/> 蛋白質制限食 g/kg/日、 <input type="checkbox"/> 減塩食6g/日)をおこなうこと。 <input type="checkbox"/> 血糖管理(目標HbA1c7%以下)をおこなうこと。 <input type="checkbox"/> その他 _____										
【処方薬】 以下の処方薬を <input type="checkbox"/> 開始しました <input type="checkbox"/> 処方をご検討ください。										
降圧薬: <input type="checkbox"/> ARB/ACE阻害薬 <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 血糖降下薬: <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 <input type="checkbox"/> GLP-1受容体作動薬 <input type="checkbox"/> その他 (_____) DKD: <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 (_____) その他: (_____)										
【薬剤投与の注意点】										
<input type="checkbox"/> 血清Crの一時的増加(30%以内) <input type="checkbox"/> 高カリウム血症 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)										
【栄養指導】 <input type="checkbox"/> 別紙参照										
(_____)										
【今後の方針】										
<input type="checkbox"/> 右記薬剤の休薬、中止を御検討ください。(_____) <input type="checkbox"/> 貴院で引き続き加療継続してください。(以下のいずれかを呈しましたら再紹介をお願いします) <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値の増加(. mg/dL増加) <input type="checkbox"/> 腎機能の急激な悪化(30%以上) <input type="checkbox"/> 尿蛋白の急激な増加(1g/日以上) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 併診させていただきます。 (_____)カ月に一度、当科でも診療させていただき腎機能・栄養指導などおこなってまいります。 <input type="checkbox"/> しばらく当科で診療継続させていただきます。 <input type="checkbox"/> 検査・治療後、症状安定しましたら貴院へ逆紹介させていただきます。 <input type="checkbox"/> 近い将来の腎代替透析療法が必要と思われます。適切な時期に腎代替療法導入後、患者様と相談のうえ、当院または他の透析施設などへご紹介させていただきます。 <input type="checkbox"/> その他 (_____)										
(自由記載欄)										
次回予定		年 月 日			または					
		_____ 月 _____ 日			_____ 月 _____ 日					
		_____ 年 _____ 月 _____ 日			_____ 年 _____ 月 _____ 日					