

名古屋掖済会病院 CKD 診療情報提供書

(あて先) 名古屋掖済会病院 医療連携室
FAX番号 (052) 652-4774

※貴院様の診療情報提供書を使用される場合は、チェックリスト☑として使用してください

申し込み医療機関

医療機関名： 担当医師： 先生

TEL： FAX： 依頼日： 年 月 日

患者様情報

フリガナ： (男・女) 生年月日： 年 月 日

患者氏名： 〒 電話番号： ()

住所： 携帯番号： ()

紹介項目

(1) 以下のうち、いずれか一つでもあてはまりましたら (複数選択可)

数日内を目安に、腎臓内科初診外来にご紹介ください

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 or 全身浮腫)

著明な腎不全 (eGFR<15) に伴った 肺水腫 or 高K血症 (K>6.5mEq/L)

(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)

1か月以内を目安に、腎臓内科初診外来にご紹介ください

腎機能低下 (eGFR<50) 尿蛋白と尿潜血がともに陽性 尿蛋白2+以上

【 添付資料 (必須) 】

検査データ (血液検査・尿検査) ※可能でしたら時系列のもの お薬手帳の写し

【 併存疾患 】

糖尿病 (HbA1c _____ %) その他 ()

【 紹介後の方針 】

できる限り、自院でCKD診察を希望 名古屋掖済会病院との併診を希望

CKDに関しては、名古屋掖済会病院での診察を希望

名古屋掖済会病院の判断に任せます その他 ()

【 診療経過・特記事項 】

ご紹介の際は医療連携予約 (電話・インターネット) でご紹介ください

名古屋掖済会病院 医療連携室

TEL : 052-652-7954 / FAX : 052-652-4774