プライマリケア医から腎臓専門医への依頼状　(2023年1月第1版)

**小田原CKD連携精査依頼書**　　　　　　　年　　月　　日

紹介先 　　　　　　　　　　病院　　　紹介元クリニック・医院名

診療科・医師名　　腎臓内科　　　　　　　　先生　　医師氏名　　　　　　　　　 先生

|  |
| --- |
| 患者氏名  |
| 生年月日　　　　　　　年　　月　　日(　　　歳)　　(男・女) |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |

・依頼理由(複数チェック可)

[ ] CKD原疾患診断　 [ ] CKD今後の治療方針 [ ] CKD患者教育・食事指導

[ ] 腎不全療法選択外来受診　[ ] 腎性貧血治療導入　[ ] 電解質異常治療 　[ ] 急性腎障害治療

[ ] 検査のみ希望(検査名　　　　　　　　　)　 [ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　)

・CKD関連検査結果(下記以外の検査データのコピーもお願い致します)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年／月／日 | ／　　／ | ／　　／ | **腎臓学会基準（次ページ）に加えての****紹介基準****下記項目のどれか１つあれば、ご紹介ください** |
| 血清Cr(クレアチニン) |  |  |
| ｅＧＦＲ |  |  | **・3ヶ月以内に30％以上の腎機能の悪化を****認める場合は必ず紹介****・尿蛋白２＋以上の場合は必ず紹介****・尿蛋白/尿潜血共に１＋以上****・２回続けてeGFR50未満****・２回続けてCr男性1.5女性1.2mg/dL以上** |
| 尿蛋白定性・尿蛋白/尿Cr比 |  |  |
| 尿アルブミン/尿Cr比 |  |  |
| 尿潜血 |  |  |
| Ｈｂ(ヘモグロビン) |  |  |
| 診察室血圧 | ／ | ／ |

eGFRは必須項目ではありません。紹介基準は、あくまで参考ですので、これより軽度でのご紹介でもかまいません。

|  |
| --- |
| 現病歴合併疾患　[ ] 高血圧 [ ] 糖尿病　[ ] 脂質異常症　[ ] 喫煙歴あり　[ ] 狭心症・心筋梗塞　　　　　[ ] 心房細動　[ ] 心不全　[ ] TIA・脳梗塞　[ ] ASO　[ ] 飲酒歴あり  |

患者の処方内容　(**処方箋またはおくすり手帳のコピーを可能な限り添付願います**)

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**――当院の希望――**

下記の検査・治療は、当院で施行困難なため、お返事の際、ご考慮ください

|  |
| --- |
| [ ] eGFR算定 [ ] 尿中アルブミン検査 [ ] １日蓄尿検査[ ] CKD栄養指導 [ ] エリスロポエチン皮下注　　[ ] 尿蛋白/尿Cr比[ ] 尿アルブミン/尿Cr比　　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

当院では、当患者において、下記のCKD病診連携を希望します

|  |
| --- |
| [ ] 貴院精査終了後、当院で加療希望 [ ] 今後、CKDについては、貴院と当院で併診希望[ ] 今後、CKDについては、貴院あるいはCKD専門のかかりつけ医で加療希望[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準**

**作成：日本腎臓学会、 監修：日本医師会**

**(WEB: https://jsn.or.jp/topics/notice/\_3410.php)**

