熊本市CKD病診連携 紹介状【初診用】(診療情報提供書)

【様式1】

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしくおねがいします。 令和 年 月 日

Form with fields for referral hospital (紹介先医療機関), referring hospital (紹介元医療機関), and patient address (住所).

Form for patient name (患者氏名), birth date (生年月日), gender (性別), and occupation (職業).

Form for medical history (傷病名, 既往歴, 家族歴, 現病歴, 治療歴) and referral criteria (紹介基準).

Form for laboratory findings (検査所見) including eGFR, urine protein, and blood sugar levels.

Form for past examination values (過去の検査値) and current prescriptions (現在の処方).

Form for post-referral instructions (紹介後の方針) regarding follow-up and specialist referrals.

熊本市CKD対策病診連携 FAX連絡票

【様式1】

【送付先】
熊本市役所 健康づくり推進課宛
FAX 096-351-2183

年 月 日に 病院へ

熊本市CKD対策病診連携紹介基準により、1名紹介しましたので連絡します。

Form for sender information (送信元) including the sender's name (送信担当者).

※個人情報保護のため、患者氏名欄は設けておりません。
※CKD対策病診連携システムの推進のため、連携状況に関する調査をさせていただく場合があります。

熊本市CKD対策病診連携 紹介基準

《参考》

※①～⑤のいずれかに該当するもの

Table of referral criteria (紹介基準) based on eGFR and urine protein levels.

※糖尿病がある場合には、眼科受診の有無を確認及び毎回の尿検査(尿アルブミン定量検査は3ヶ月に1度)をお願いします。

日本腎臓学会によるCKD診療ガイドラインにおいては、腎臓専門医への紹介のタイミングとして、
(1)0.5g/gクレアチニン以上 または1+以上の尿蛋白
(2)eGFR45 ml/min/1.73m²未満
(3)尿蛋白(±)かつ血尿(1+以上)
(4)3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合 の4項目があげられています。

特に上記基準の①～⑤いずれかに該当する方については、是非速やかにご紹介いただきますようお願い致します。

切り取り線