

水戸市 慢性腎臓病紹介状

年 月 日

◆紹介先医療機関名

_____病院・クリニック _____先生侍史

フリガナ _____ 年齢 _____ 才

患者氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・西暦 _____ 年 月 日 職業 _____

住所 _____

◆傷病名 糖尿病の有無 有 無

◆紹介目的(右の表、①~⑥のいずれか記入でも可)

※①~⑥のいずれかに該当するもの

◆既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

eGFR値 による紹介基準	
① ~40歳	60未満
② 40歳~70歳	50未満
③ 70歳~	40未満
④ 3ヶ月以内に、30%以上の eGFR の低下	

尿所見による紹介基準	
⑤ 尿蛋白2+以上	
⑥ 尿蛋白と尿潜血がともに陽性(1+以上)	

【今後の治療】(□内にし点を入れて下さい、複数可)

CKD の評価後は当院での診療を希望

今後の外来は貴院のみで加療希望

CKD に関してのみ貴院で加療を希望(併診希望)

栄養指導を希望

その他(_____)

【現在の処方】

処方箋の写し添付・お薬手帳等持参

【備考・コメント欄】

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL _____