

JCHO札幌北辰病院CKD連携表

平成 年 月 日

貴医療機関名
御担当医名
TEL : _____
FAX : _____

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名	様 (旧姓 : _____)	男性	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
		女性	年 月 日 歳
住 所	〒 _____ - _____	当院受診歴	
		無 ・ 有 ・ 不明	
患者様連絡先	- -	来院方法	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
紹介基準 (①～④いずれかに該当)	<input type="checkbox"/> ① eGFR60未満 (70歳以上では40未満) <input type="checkbox"/> ② 3ヶ月以内に、50%以上のeGFRの低下 <input type="checkbox"/> ③ 蛋白尿2+以上 (尿潜血ありの場合は1+以上) <input type="checkbox"/> ④ (新たに出現した) 潜血尿 ※ eGFR=ml/min/1.73m ²		
検査所見 □別紙添付	eGFR _____		※血清クレアチニン mg/dL
	(※eGFRは、血清クレアチニン値から早見表により換算もできます)		
	尿蛋白	(- ± + 2+ 3+以上)	
	尿潜血	(- ± + 2+ 3+以上)	
	血 圧	/ mmHg	※目標値
現病歴・既往歴 紹介目的など フリーコメント ※目ぼしい記録は別紙添付をお願い致します	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他()		
	※特記事項		
紹介後の方針	※ご希望がありましたらチェックをお願い致します。ただし、状況に応じてご意向に沿えない場合がございます。		
	<input type="checkbox"/> 専門医の判断に任せる <input type="checkbox"/> 可能な限り自院で診る (ESA治療が必要な場合… 自院で治療可能 ・ 治療不可) <input checked="" type="checkbox"/> 現在のESA投与の有無 有 ・ 無 ⇒ 有の場合 μg× 回/週		