

# JCHO札幌北辰病院CKD連携表

令和      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・昭和・平成・令和
		女性	年 月 日 歳
住所	〒 _____ - _____	当院受診歴	
		無 ・ 有 ・ 不明	
身長・体重・血圧	_____ cm / _____ kg	_____ mmHg	
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、30%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 潜血尿 1+ 以上 ※上記の紹介基準以外でも尿検査以上や腎機能以上が認められる場合、その他紹介希望がございましたら、ご紹介下さい。		
検査所見 □別紙添付	eGFR	※血清クレアチニン mg/dL	
	尿蛋白	(    -    ±    +    2+    3+以上    )	
	尿潜血	(    -    ±    +    2+    3+以上    )	
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"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 肥満 <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		