

# 湘南鎌倉総合病院CKD精査依頼書

湘南鎌倉総合病院 腎臓病総合医療センター

施設名

診療科

所在地

医師名

電話番号

fax

診療科

ID

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿	男・女	年 月 日
住所			TEL

依頼理由（複数チェック可）

- CKD 原疾患の診断       CKD 今後の治療方針       CKD 患者教育・食事指導  
 CVD合併症リスクのチェック       SLE/MCTDなど膠原病の精査  
 検査のみ希望（検査名      ）       腎代替療法選択

以下、当日の場合は記載不要です。

年/月/日	年 月 日	年 月 日	紹介参考基準
Cr（クレアチニン）	mg/dl	mg/dl	下記項目のどれか1つ有れば ご紹介ください ・潜血の有無にかかわらず 尿蛋白1+以上（0.3g/gCre以上） ・2回続けてeGFR50未満 （40歳未満ではeGFR60未満） ・糖尿病があり、尿アルブミン 300mg/gCr以上の場合
eGFR	ml/分/1.73 m <sup>2</sup>	ml/分/1.73 m <sup>2</sup>	
尿タンパク/尿潜血（定性）	mg/gCr	mg/gCr	
尿タンパク（定量）	mg/gCr	mg/gCr	
Hb（ヘモグロビン）	g/dl	g/dl	
血圧	/ mmHg	/ mmHg	
HbA1c	%	%	

主要所見	<input type="checkbox"/> 健診での尿異常 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 上気道炎後の尿異常 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 関節痛
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞 <input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> 飲酒歴あり <input type="checkbox"/> その他（      ）

患者の処方内容（別紙処方箋コピーでも可）

## 当院の希望

当院では、当患者において、下記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（      ）