

天地腎連携シート

(診療情報提供書と一緒にFAXをお願いします)



記入日 年 月 日

紹介元

患者氏名 年齢 性別 男 女

糖尿病 HbA1c %

腎機能

尿蛋白定性 UACR* mg/gCr eGFR mL/分/1.73m²

紹介先への要望 食事指導 運動指導 薬物介入 紹介先へおまかせ

紹介後の希望 当院単独でフォロー 併診 紹介先でフォロー

他の血管合併症の精査希望 なし あり (網膜症 神経障害 動脈硬化)

その他の希望

以下 紹介先記入

記入日 年 月 日

CKD重症度分類 G1 G2 G3a G3b G4 G5

腎機能

尿蛋白定量 g/日 UACR* mg/gCr eGFR mL/分/1.73m²

血管合併症の精査結果 なし あり

食事指導 エネルギー kcal 蛋白 g/日 塩分 g/日

運動指導

薬物介入 なし 開始

今後の当院への通院間隔

紹介元へのコメント

* : 尿アルブミン/クレアチニン比