**紹介状・診療情報提供書**（愛知医大-CKD連携）

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

ＴＥＬ　　（　　　　）　　 －

ＦＡＸ　　（　　　　）　　 －

愛知医科大学病院

診療科　腎臓・リウマチ膠原病内科

担当医　　　　　　　　　　先生

受診希望日①　令和　　年　　月　　日（　）

受診希望日②　令和　　年　　月　　日（　）

□ 希望日なし

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　(男・女)（愛知医大ID:　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日 ( 歳)連絡先TEL |
| 住所　〒 |
| 【紹介目的】以下の所見を認めたため、精査・加療をお願いします。(複数選択可)[ ]  尿蛋白陽性 　[ ]  尿潜血陽性 　[ ]  腎機能低下（eGFR< 60ml/min/1.73m2）[ ]  その他 ( 　　 　　　 ) |
| 【臨床経過をご記載ください　(簡潔で結構です)】 |
| 【併存症】[ ] 糖尿病　[ ] 高血圧症　[ ] 脂質異常症　[ ] 心疾患　[ ] その他（ 　　　　　 ） |
| 【現在の処方】　　**処方箋やお薬手帳の写し**を添付して下さい。 |
| 【**CKDに関する今後の診療形態のご希望**】[ ]  精査後は当院(紹介元施設)のみで診療を希望　　　　　[ ]  CKDに関して当院での診療（処方含む）を基本とするが、愛知医大での定期通院も希望[ ]  CKDに関して愛知医大での診療（処方含む）を希望[ ]  診療形態は愛知医大の方針に任せます[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **愛知医大との併診をご希望の場合、愛知医大での管理を希望する項目にチェックをお願いします。** |
| [ ]  尿蛋白/尿Cr比 [ ]  利尿薬 　　　　　[ ]  慢性腎臓病治療薬（SGLT2阻害薬・MR拮抗薬)□ エリスロポエチン製剤 　 [ ]  その他　　　　　　 　　　　　　　　　　  | □ 栄養指導[ ]  降圧薬□ HIF-PH阻害薬 |
| 　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

 **※検査データ（可能な限り時系列）と処方内容のご提供をお願いします。**