

# 紹介状・診療情報提供書（愛知医大-CKD連携）

年 月 日

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

医療機関名

所在地

医師名

印

TEL ( ) -

FAX ( ) -

フリガナ	生年月日
患者氏名	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
(愛知医大ID: )	連絡先TEL
住所 〒	
<b>【紹介目的】</b> 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) <input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性 <input type="checkbox"/> 尿潜血陽性 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 (eGFR< 60ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>【臨床経過をご記載ください (簡潔で結構です)】</b>	
<b>【併存症】</b> <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>【現在の処方】</b> 処方箋やお薬手帳の写しを添付して下さい。	
<b>【CKDに関する今後の診療形態のご希望】</b> <input type="checkbox"/> 精査後は当院(紹介元施設)のみで診療を希望 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CKDに関して愛知医大での診療(処方含む)を希望 <input type="checkbox"/> 診療形態は愛知医大の方針に任せます <input type="checkbox"/> その他( )	
<b>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。</b> <input type="checkbox"/> 尿蛋白/尿Cr比 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病治療薬 (SGLT2阻害薬・MR拮抗薬) <input type="checkbox"/> HIF-PH阻害薬 <input type="checkbox"/> エリスロポエチン製剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※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。

愛知医科大学病院 地域医療連携室 TEL (0561)65-0221 (直通) FAX (0561)65-0225

<事前紹介受付時間> 平日: 8:30~19:00 土曜: 9:00~12:00