

診療情報提供書（北九州市 CKD 予防連携システム）

紹介先二次医療機関名

担当医 科 先生

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号

医師名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	昭和 年 月 日生（ ）歳 職業

疾病名	
-----	--

北九州市国保特定健診の受診 有（わかれば受診月 年 月） ・ 無

紹介目的

紹介理由該当項目（該当項目にすべて○をする）

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. 0.5 g/g クレアチニン以上または 2+以上の蛋白尿 | 2. eGFR50 未満（70 歳以上はえ GFR40 未満） |
| 3. 蛋白尿と血尿がともに陽性（1+以上） | 4. 糖尿病で顕性アルブミン尿検出 |

速やかに紹介する基準

- | | | |
|--------------|-------------------------|-------------|
| 5. 蛋白尿の急激な増加 | 6. eGFR が 3 ヶ月で 30%以上減少 | 7. eGFR<30% |
| 8. その他（ ） | | |

単位省略

糖尿病 1. 該当[HbA1c (%) :] 2. 非該当

症状・検査結果の経過等

現在の処方