様式第１号（第３条関係）

CKD・糖尿病性腎臓病登録医（かかりつけ医）⇒腎臓診療医

発行日：令和　　年　　月

（診療情報提供書）

うるま市・沖縄市CKD・糖尿病性腎臓病病診連携　紹介シート【初診用・再紹介用】

※同じ内容であれば、電子カルテや通常使用の紹介様式でも可

＜紹介先医療機関 ： 腎臓診療医＞
医療機関名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

＜紹介元医療機関 ： かかりつけ医＞
医療機関名

担当医師

電話・FAX

患者氏名　　様		性別	生年月日		
			住　所		
紹介理由（該当項目に〇をつける）		① 40歳未満　eGFR 60未満		⑤ 尿蛋白１＋以上、または尿蛋白／尿Cr比0.5以上	
		② 40歳以上　eGFR 45未満		⑥ 尿蛋白±かつ血尿が陽性（1＋以上）	
		③ 40歳以上　尿蛋白±でeGFR 60未満		⑦ その他（　　）	
		④ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下			
検査所見（検査結果のコピーを添付でも可）	必須	eGFR		血清Cr	mg/dl
		尿蛋白	－　±　＋　2＋　3＋以上	血尿	－　±　＋　2＋　3＋以上
		血圧	／　mmHg		
	任意	尿蛋白／クレアチニン比　g／gCr		尿沈渣（　　）	
		※糖尿病性腎症が疑われる場合	血糖：　mg／dl（空腹 ・ 食後　時間）		
			HbA1c：　%（NGSP）		
既往歴（該当項目に〇をつける）		① 糖尿病		⑤ 虚血性心疾患	
		② 高血圧		⑥ 脳卒中	
		③ 脂質異常症		⑦ 慢性疼痛性疾患（NSAIDsを要する）	
		④ 高尿酸血症		⑧ その他（　　）	
現病歴（治療歴）					
現在の処方（処方箋のコピーも可）					
紹介後の方針		□ 専門医の判断に任せる		□ 可能な限り自院でみる	

別添資料（ あり ・ なし ）

切り取り

様式第２号（第３条関係）

CKD・糖尿病性腎臓病登録医（かかりつけ医）⇒うるま市

うるま市・沖縄市CKD・糖尿病性腎臓病病診連携　FAX連絡票

【送信先】
うるま市役所　健康支援課
保健指導係　宛
FAX：974−4040

FAX もしくは QRコード（URL）から報告

https://logoform.jp/f/WIqs6

＜連絡＞

年　　月　　日

（医療機関）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生に

患者さん＿＿＿＿名を紹介しましたので連絡します。

【送信元】
医療機関名

電話番号

FAX番号

※うるま市にFAXが届きました際に、送信元に確認の連絡を入れることができます。
ご希望のものに丸をつけてください。

1．電話での連絡　　2．FAXでの連絡　　3．特に連絡は不要