

# 慢性腎臓病地域連携パス 診療情報提供書

紹介先医療機関

紹介元医療機関

十和田市立中央病院泌尿器科外来

医院・診療所・病院・クリニック

医師

田中 壽和

先生 御侍史

科

先生

患者氏名： _____ 様	性別： _____
生年月日： _____	ID： _____
患者住所： _____	
電話番号： _____	
病名または主訴	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (eGFR3a~5期) <input type="checkbox"/> 40歳以下のCKD <input type="checkbox"/> ネフローゼの疑い <input type="checkbox"/> 急性進行性糸球体腎炎の疑い <input type="checkbox"/> 腎がんの疑い <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
紹介目的	<input type="checkbox"/> 原因精査 <input type="checkbox"/> 内服調整 <input type="checkbox"/> 患者教育・栄養指導 <input type="checkbox"/> 腎代替療法選択指導 (RRT) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
既往歴 (別紙可)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 (狭心症・心筋梗塞) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
主な処方 (別紙可)	
治療	コントロール状態 <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 腎不全の管理が難しい <input type="checkbox"/> 治療内容の確認 <input type="checkbox"/> 腎不全の進行が速い
検査所見 (別紙可)	
経過 (別紙可)	