

糖尿病性腎症重症化予防のための連携用紙  
腎臓病 診療情報提供書

令和 年 月 日

〈 紹介先医療機関名 〉

〈 紹介元医療機関 〉

所在地：

名所：

電話番号：

医師氏名：

科

先生

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			
患者住所	〒		
電話番号	電話番号： ( )		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 ( 歳)		

傷病名	
紹介目的 (基準)	
<input type="checkbox"/>	「糖尿病治療中」 または 「HbA1c6.5%以上かつ空腹時血糖126 (mg/dL) 以上」 + 加えて①~④のいずれかを含む
<input type="checkbox"/>	① 尿タンパク 1+以上
<input type="checkbox"/>	② eGFR が45 (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> ) 未満
<input type="checkbox"/>	③ 2年以内にeGFR が30%以上低下
<input type="checkbox"/>	④ その他、eGFR、尿アルブミン、尿タンパク等から腎機能の低下が認められ、医師が対象者と判断
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族歴	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無

生活歴・治療内容・経過・検査結果 (現在の処方内容、半年以内の処方歴や臨時処方など)

<input type="checkbox"/> 別記 <input type="checkbox"/> お薬手帳 参照
--

紹介時に把握しておくことが望ましい情報等 (データ添付可)

身長	(cm)	空腹時血糖	(mg/dL)	Hb	(g/dl)
体重	(kg)	食後血糖	(mg/dL)	Alb	(g/dl)
BMI		HbA1c	(%)	Cr	(mg/dL)
血圧	/ (mmHg)	尿アルブミン	(mg/gCr)	eGFR	(mL/1.73m <sup>2</sup> )
		尿たんぱく			

follow upに関する希望

<input type="checkbox"/>	治療およびfollow upとも紹介先に任せる
<input type="checkbox"/>	自院で治療およびfollow upを行う
<input type="checkbox"/>	紹介先と自院で連携して治療およびfollow upを行う

備考

--