

CKD 重症化予防対策医療連携紹介状

年 月 日

紹介先医療機関名：

科

先生

患者氏名

(☐男・☐女)

生年月日

年 月 日

紹介理由

☐ 蛋白尿

☐ 血尿

☐ 腎機能低下

☐ 浮腫

☐ 腎性貧血

☐ 治療相談

☐ その他

慢性腎臓病（CKD）の現状

基礎疾患 ☐ 慢性腎炎 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ その他

血清クレアチニン値 mg/dL eGFR mL/min/1.73 m²

尿蛋白 ☐ (-) ☐ (+/-) ☐ (+) ☐ (2+) ☐ (3+)

今後の治療方針

☐ 精査後は自院での治療を希望します

☐ 定期的な併診を希望します

☐ 腎臓専門医での治療を希望します

☐ その他

紹介元医療機関名

Tel

Fax

氏 名