様式2

都城市CKD予防連携システム　連絡票

かかりつけ医・CKD予防連携医→
対象者→専門医

特定健診結果等により、下記の方は専門医療機関での精査が必要と判断しました。ご高診をよろしくお願いします。

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 対象者名		受診日	年　月　日
		生年月日	年　月　日
		電話番号	
検査結果	体重(　kg)　クレアチニン(　mg/dl)　eGFR(　ml/分/1.73㎡) 尿蛋白(　)　尿潜血(　)　尿蛋白/クレアチニン比(　)		

1. 依頼項目

☐ 薬物調整　☐ 食事療法・指導　☐ 生活指導

☐ その他(　)

＜コメント＞

2. 今後の方針について

☐ CKD連携医療機関・専門医療機関の判断を参考に自院にてフォローしていきます。

☐ 主たるフォローを専門医療機関でお願いします。

☐ CKD連携医療機関・専門医療機関と連携してフォローしていきます。

＜コメント＞

3. 情報提供書について(この様式に加え、情報提供がある場合)

☐ 情報提供書があります　※様式は、各医療機関の様式を使用

☐ 情報提供書はありません

＜紹介元＞

医療機関名:

医師名: