

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。

(フリガナ) 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/1.73m ²)		
	尿蛋白()	尿潜血()	尿蛋白/クレアチニン比()		

1. 依賴項目

- ☐ 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：

醫師名: