

CKD精査依頼書

かかりつけ医 → 永寿総合病院 腎臓内科

1 紹介元・患者情報

希望： ☐ 通常 ☐ 早期相談 ☐ 緊急性あり（電話連絡済） 患者ID（永寿総合病院）： _____

医療機関名： _____ 医師名： _____ TEL： _____ FAX： _____

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： _____ 電話： _____

2 依頼目的・紹介理由（該当項目にチェック）

☐ CKDの原因精査 ☐ 治療方針相談 ☐ 腎保護治療の最適化 ☐ 腎代替療法相談

☐ eGFR低下／低値 ☐ 蛋白尿／アルブミン尿 ☐ 血尿 ☐ 治療抵抗性高血圧

☐ 電解質・酸塩基異常 ☐ 腎性貧血疑い ☐ 画像異常／遺伝性腎疾患疑い ☐ その他

臨床経過・特に相談したい点： _____

3 主要所見（直近値） ※別途検査データ添付可

採血日： _____ / _____ / _____	血圧： _____ / _____ mmHg	浮腫： ☐ 無 ☐ 有
Cr： _____ mg/dL	eGFR： _____ mL/min/1.73m ²	BUN： _____ mg/dL
Hb： _____ g/dL	HbA1c： _____ %	
尿蛋白：定性 _____ UPCR _____ g/gCr	UACR _____ mg/gCr（適用時）	尿潜血： _____ 沈渣RBC： _____ /HPF
eGFR推移： _____ 年 _____ 月 _____	→ _____ 年 _____ 月 _____	→ _____ 年 _____ 月 _____
その他の検査項目： _____		
添付： ☐ 検査結果 ☐ 尿沈渣 ☐ 画像／レポート ☐ 健診結果 ☐ お薬手帳写し ☐ その他（ _____ ）		

4 既往・併存症／処方／留意事項

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 高尿酸血症 ☐ 心血管疾患 ☐ 悪性腫瘍

既往・家族歴・アレルギー： _____

現在の処方（腎機能関連薬・市販薬を含む／別途コピー添付可）： _____

連携希望： ☐ 精査後に逆紹介 ☐ 併診 ☐ 当院での専門医加療希望返書： ☐ 郵送 ☐ FAX ☐ その他

感染症・抗凝固薬・造影検査等の留意事項： _____

備考： _____