

# 天地腎連携シート

(診療情報提供書と一緒にFAXをお願いします)



記入日 年 月 日

紹介元

患者氏名  年齢  性別  男  女

糖尿病 HbA1c  %

腎機能

尿蛋白定性  UACR\*  mg/gCr eGFR  mL/分/1.73m<sup>2</sup>

紹介先への要望  食事指導  運動指導  薬物介入  紹介先へおまかせ

紹介後の希望  当院単独でフォロー  併診  紹介先でフォロー

他の血管合併症の精査希望  なし  あり (  網膜症  神経障害  動脈硬化 )

その他の希望

## 以下 紹介先記入

記入日 年 月 日

CKD重症度分類  G1  G2  G3a  G3b  G4  G5

腎機能

尿蛋白定量  g/日 UACR\*  mg/gCr eGFR  mL/分/1.73m<sup>2</sup>

血管合併症の精査結果  なし  あり

食事指導 エネルギー  kcal 蛋白  g/日 塩分  g/日

運動指導

薬物介入  なし  開始

今後の当院への通院間隔

紹介元へのコメント

\* : 尿アルブミン/クレアチニン比