

紹介状

令和 年 月 日

岡山大学病院（医科）

科

先生

紹介医療機関の所在地・名称

TEL
FAX

医師氏名

下記の患者をご紹介申し上げます。よろしくお取り計らいの程お願いいたします。

患者氏名

男 明・大・昭・平・令

殿

女 年 月 日生（才）

傷病名		
紹介目的		
既往歴 及び 家族歴	(CKD悪化因子) 糖尿病・高血圧・高脂血症・肥満・喫煙・貧血 薬剤アレルギー（有・無）	
病状経過 及び 治療経過 検査所見	CKDガイドの下記事項に該当していれば該当項目に○をつけてください。 1) 0.5g/g クレアチニン以上または2+以上の尿蛋白 2) eGFR=推定糸球体濾過量 50mL/min/1.73m ² 未満 3) 尿蛋白 1+と血尿がともに陽性(1+以上) 【検査項目】 尿蛋白() 血尿() 尿中蛋白量 ()g/日(蓄尿) ()mg/dl(随時尿) 尿中クレアチニン濃度 ()mg/dl(随時尿) 血清クレアチニン ()mg/dl 【メモ】	
現在の処方		特記事項