# 紹　介　状

紹介元：

担当医師:

紹介先：

年　　月　　日

フ リ ガ ナ

患者氏名 _____（男・女）

生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）

紹介目的（複数チェック可）

☐ 検尿異常精査　　☐ 尿蛋白陽性 (☐1+, ☐2+, ☐3+, ☐4+)

☐ 尿潜血陽性 (☐1+, ☐2+, ☐3+, ☐4+)　　☐ その他

☐ 腎機能低下（eGFR< 60 ml/min/1.73m2）　　☐ CKD患者教育・食事指導

☐ 腎不全療法選択外来　　☐ 慢性腎臓病透析予防外来　☐ 透析導入（HD・PD・未定）　☐ 腎移植希望

☐ 急性腎障害治療　　☐ 電解質異常治療　　☐ 腎性貧血治療（ESA，HIF-PH阻害薬導入・継続）

☐ 検査のみ希望（検査名：　　）　　☐その他（　　）

【治療経過】

☐検診で指摘

☐継続加療中：☐ 糖尿病，☐ 高血圧症，☐ 脂質異常症，☐ 慢性心不全，☐ 心房細動，☐ 狭心症・心筋梗塞，

☐ TIA・脳梗塞，☐ 末梢動脈疾患，☐ その他(　　)

【経過補足】

【現在の処方】

☐ 同封の処方箋の写しを参照下さい　　☐ 持参するお薬手帳をご参照下さい

☐ アレルギー・禁忌薬（　　）

【栄養指導・保健師指導等】

☐ 栄養指導実施済み　　☐ 保健師介入中

【今後の方針】

☐ 精査後は当院のみで診察希望

☐ 定期的な併診希望

☐ 腎臓専門医のみで診察希望

☐ その他（　　）

【コメント欄】貴院で困難な検査や指導，治療，ご要望などありましたらご記載ください.

# 逆紹介状

●●病院

担当医師　腎臓内科・医師氏名

〈お返事〉　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）

原疾患名

☐ DKD　☐ 高血圧性腎硬化症　☐ 腎炎　☐ ADPKD　☐ その他　（

実施検査

☐ CT（　　）　☐ MRI（　　）　☐ 腹部超音波　☐ 心臓超音波　☐ 血管進展性検査
☐ その他（　　）

CKDの治療目標：①末期腎不全への進展阻止　②心血管疾患の発症予防　③死亡リスクの軽減
（引用：CKD診療ガイド 2024）

☐ 家庭血圧を管理できるようにすること　目標血圧　sBP（　　）dBP（　　）

☐ 食事療法：食塩の制限（3-6g/日）をおこなうこと。　☐ 血糖管理（目標HgA1c 7%以下）をおこなうこと。

☐ 体重の管理：☐（　　kg）を目標　　☐ 栄養状態の改善を優先
☐　　月　　日に外来栄養指導を施行

☐ 禁煙　☐ 1日（　　）本へ減煙　　☐ その他:（　　）

【治療薬】　以下の処方薬を　☐ 開始しました　☐処方をご検討下さい

☐ 降圧薬：ARB/ACEI（　　），Ca拮抗薬（　　）、その他（　　）

☐ CKD治療薬：SGLT2阻害薬　☐フォシーガ10㎎、　☐ジャディアンス10㎎
※CKD治療への適応があるSGLT2阻害薬

☐ DKD治療薬：NS-MRA　☐ケレンディア（　　㎎）

☐ 血糖降下薬：DPP-4阻害薬（　　）、GLP-1受容体作動薬（　　）
その他（　　）

☐ エリスロポエチン製剤：（　　）、☐ HIF-PH阻害剤：（　　）

☐ その他：（　　）

【今後の方針】

☐　貴院で引き続き御高診・御加療ください。

　☐　eGFR（　　）以下への進行を目安に再度ご紹介をご検討ください。
　☐　（　　）

☐　併診察させて頂きます。（　　）ヵ月に1度程度

☐　しばらく当科で診察継続させて頂きます。

　☐　検査・治療後、症状安定しましたら貴院へ逆紹介させて頂きます。

　☐　適切な時期に腎代替療法導入後、患者様と相談の上、貴院または他の透析施設などへ
　　ご紹介させて頂きます。

☐　その他　（　　）