

CKD 相談シート

(大手前病院腎臓内科用)

平成 年 月 日

症 例	
年 齢	歳
性 別	男 ・ 女
臨床診断	

紹介元医療機関
住所
TEL
FAX
医師氏名

検 査 成 績	悪 化	検 査 成 績	悪 化	
尿蛋白	<input type="checkbox"/> あり	アルブミン	g/dL <input type="checkbox"/> あり	
尿潜血	<input type="checkbox"/> あり	Hb	g/dL <input type="checkbox"/> あり	
Cr	mg/dL <input type="checkbox"/> あり	血圧	<input type="checkbox"/> 130/80 未満 <input type="checkbox"/> 130-160/80-90 <input type="checkbox"/> 160/90 以上	
BUN	mg/dL <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> あり
K	mEq/L <input type="checkbox"/> あり			
投薬内容				
相談事項				

- * 原則として、毎週（火）（木）に回答させていただきます。
- * 至急回答が必要な場合は、その旨ご明記ください。

<回 答> (下記から一つを選んでください)

No.

- 現時点で専門医受診は不要ですので、引き続きご加療をお願いいたします。
- 現時点では専門医受診は不要ですが、(半年後・1年後)に再度ご相談ください。
- 専門医受診が必要ですので、ご紹介いただければ幸いに存じます。

(外来で精査予定です 入院加療が必要と考えます)

コメント

回答日 平成 年 月 日 回答者 腎臓内科 _____

大手前病院 地域医療連絡室 TEL (06) 6966-5335 FAX (06) 6966-5336