腎臓病専門医　→　かかりつけ医（逆紹介用）

様式4

糖尿病性腎症重症化予防のための連携用紙
腎臓病 診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

〈 紹介先医療機関名 〉

科　　先生

〈 紹介元医療機関 〉

所在地：
名所：
電話番号：
医師氏名：

フリガナ		性別	
患者氏名			
患者住所 電話番号	〒 電話番号：　　（　　）		
生年月日	□ 明 □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令　　年　　月　　日（　　歳）		

診断（傷病名）

□ 糖尿病性腎症ではない
□ 糖尿病性腎症
□ 第1期（腎症前期）　□ 第2期（早期腎症期）　□ 第3期（顕性腎症期）
□ 第4期（腎不全期）　□ 第5期（透析療法期）
□ その他診断名（　　）

逆紹介目的	
既往歴	□ 高血圧症 □ 脂質異常症 □ 虚血性心疾患 □ その他（　　）
家族歴	□ 有（　　） □ 無

症状・治療経過及び検査結果

身長	(cm)	空腹時血糖	(mg/dL)	Hb	(g/dl)
体重	(kg)	食後血糖	(mg/dL)	Alb	(g/dl)
BMI		HbA1c	(%)	Cr	(mg/dL)
血圧	/　(mmHg)	尿アルブミン	(mg/gCr)	eGFR	(mL/1.73m)
		尿たんぱく			

今後の治療方針（処方）

□ 貴院で処方をお願いします　□ 当院より処方します

再診のタイミング

□ 主に貴院で加療をお願いします
□ 糖尿病性腎症については、主に当院で加療します（次回受診予定日　　年　　月　　日）
□ 下記の異常所見を認めた場合、再紹介をお願いします

備考