

慢性腎臓病（CKD）相談用紙

依頼日	年 月 日	返信 方法	Email: FAX:
依頼医療機関名			
依頼医師名		診療 科	

相談内容

- 治療薬の追加・変更について
 行うべき検査について 検査施行時の保険病名について
 透析導入・腎代替療法について
 専門医へ紹介するべきか 食事・運動など生活指導について
 CKD 全般について、何が必要か教えてほしい

個々の症例に関する相談だけではなく、CKDに関する一般的な質問もお受けいたします。

以下に、自由にご記載ください。

症例に関するご相談の場合は以下にご記入ください。

年齢	歳	性別	男・女
併存疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧（血圧 / ） <input type="checkbox"/> 糖尿病（HbA1c ） <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他腎疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
肥満症 <input type="checkbox"/> 有り 身長（ ）cm, 体重（ ）kg, BMI（ ） <input type="checkbox"/> 無し			
主な検査データ： ※ 検査データは個人情報がわからない状態で添付してください。 ※ eGFR の推移を見るために数年分のデータがあると有用です。			
主な内服薬： ※ 個人情報がわからない状態で、処方箋のコピーを添付していただいても構いません。			