

受診連絡票

美作市CKD受診勧奨用

様用

個人番号

電話番号 (— —)

記入医療機関

担当医師

【受診結果】 今回検査された項目に し 結果を記入ください

項目		結果	検査日	
<input type="checkbox"/>	血清クレアチニン(mg/dl)		/	/
<input type="checkbox"/>	eGFR (ml/分/1.73m ²)		/	/
<input type="checkbox"/>	尿蛋白定性		/	/
<input type="checkbox"/>	尿蛋白定量	(糖尿病がある場合) 尿アルブミン定量 (mg/日) *蓄尿ができない場合は、 随時尿で尿アルブミン/クレアチニン比 (mg/gCr)	/	/
		(糖尿病がない場合) 尿蛋白定量 (g/日) *蓄尿ができない場合は、 随時尿で尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr)	/	/

【現在の治療状況】 治療中の疾患に

- なし
- 糖尿病
- 脳梗塞
- 高血圧症
- 心臓病 ()
- 高脂血症
- 腎臓病 ()
- 貧血
- 胃腸疾患 ()
- その他 ()

【慢性腎臓病に対する治療方針】 該当に

- 放置可
- 要観察 (か月後再検査)
- 服薬等の治療を開始した ⇒ 腎臓専門医療機関での精査・治療を要するか 要 不要
- すでに治療中であったので継続治療する

【同意確認】

本人より、上記結果を美作市健康づくり推進課へ報告することへの同意あり。

【問い合わせ・返送先】

岡山県美作市北山390-2 美作保健センター 健康づくり推進課地域保健係 保健師 TEL0868-75-3911