**CKDフォローアップシート**　　　　 　年 　月　 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関 |  | 患者氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 　　　歳 |

**《かかりつけ医→病院医師》**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 症状経過・治療経過 |
| 　　年　月　日 | 　　年　月　日 | 　　年　月　日 | 　　年　月　日 |
| 体重 | Kg | Kg | Kg | Kg |
| 血圧 | **/** | **/** | **/** | **/** |
| eGFR/Cr | **/** | **/** | **/** | **/** |
| Hb |  |  |  |  |
| 尿蛋白 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 症状 |  |  |  |  |
| 上記症状に関しては、（浮腫、食欲低下、嘔気・嘔吐、倦怠感など）についてご記入ください。 |
| 症状経過中の問題点など |
|  |

**《病院医師→かかりつけ医》**

|  |
| --- |
| 今回診療日　　　年　　月　　日 |
| 今回の診療結果と今後の治療方針など |
|  |
| 次回診療日　　□予約済　　　　年　　月　　日　　　　　　　□予約未　　　　　　　　　か月後(予約してください)　　 |