

姫路市DKD連携システム 再紹介チェックシート

患者名:	様	生年月日:	年	月	日	歳	(男・女)
------	---	-------	---	---	---	---	-------

紹介先医療機関	医療機関名:	医師名:
---------	--------	------

- ・患者様受診時の定期的なチェックにご使用ください。
- ・下記再紹介指針はあくまで目安です。先生方のご判断で再紹介をご検討ください。
- ・ご紹介いただく際は診療情報提供書と検査データの時系列等を添付してください。

<栄養指導>

- 本患者には栄養指導は不要と判断します。
- 当院で栄養指導済です。
- 貴院で栄養指導をご検討ください。

	チェック項目	再紹介の判断指針	
身体所見	血圧	mmHg	左記の値より頻回に30mmHg以上上昇した場合
	体重		2kg/月以上急激に増加した場合
	浮腫		浮腫が増悪した場合
検査所見	血清クレアチニン値	mg/dL	左記の値より高くなった場合
	eGFR	mL/分/1.73m ²	左記の値より低くなった場合
	Δ eGFR		左記の値より多くなった場合
	HbA1c	%	左記の値より高くなった場合
	尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr	左記の値より多くなった場合

項目	指導内容
総エネルギー	kcal
たんぱく質	g
塩分	g
カリウム	mg

※外来や家庭訪問での栄養指導は、姫路市栄養食事指導を利用し、姫路市保健所から管理栄養士を派遣してもらう方法もあります。

★ご希望の場合は、姫路市保健所健康課にご相談ください。
姫路市保健所健康課:079-289-1697

次回再診日:	年	月	日	午前・午後	時	分から	・上記再紹介指針のいずれかを満たすとき
--------	---	---	---	-------	---	-----	---------------------