

【日光市腎臓専門医外来診療情報】

施設名	医師名	電話番号（施設代表）	外来曜日	受付時間	予約方法
獨協医科大学日光医療センター	川本 進也	0288-23-7100	※医療機関から提供される 「外来担当医表」を ご確認ください		「地域連携・入退院支援センター」へ お問い合わせください。
	下山 正博				
社団医療法人明倫会 今市病院	宮田 幸雄	0288-22-2200	火	14:00～16:00	施設代表番号へ電話。 「地域医療連携室」へ お問い合わせください。
	神保 麻耶		木・金	14:00～16:30	
いちいクリニック内科・皮膚科	梶谷 英人	0288-50-1192	火	9:30～12:00、14:00～17:00	予約は必要ありません。 当日お越しください。

※状況が変わる場合がございますので、ご確認をお願い致します。

「日本腎臓学会」ホームページ上の専門医名簿にお名前のありました5名の先生を掲載させていただきました。
掲載内容につきまして、先生方のご所属医療機関及びご本人に確認済みです

かかりつけ医が腎臓専門医への紹介をする際に患者さんにお渡しください

『腎臓病』と言われた患者さんへ

紹介状をお持ちの方は、お電話で事前のご予約をお願いしております。

連携施設・診療曜日・電話番号は下記の通りです。

<腎臓専門医の外来診療のある医療機関(日光市)>

※ 紹介先医療機関に印をつけていただきますようお願いいたします

社団医療法人明倫会 今市病院

<腎臓専門医の診療日>

火・木・金曜日 電話番号0288-22-2200

「地域医療連携室」を通じて予約してください

※不在の場合には内科外来で予約してください

獨協医科大学日光医療センター

※診療曜日は事前に電話でご確認ください

電話番号0288-23-7100

いちいクリニック内科・皮膚科

<腎臓専門医の診療日>

火曜日 電話番号0288-50-1192

紹介状・診療情報提供書 (日光市CKD連携)

年 月 日

<紹介先医療機関>

医療機関名

診療科

<紹介元医療機関>

医療機関の名称

及び所在地

電話番号

F A X

医師名 _____ 先生

担当医師 _____

*宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入下さい。

住 所 日光市 _____

フリガナ

患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

【紹介目的】 以下の精査をお願いします。

尿蛋白陽性 (+, ++, +++, +++++)

尿潜血陽性 (+, ++, +++, +++++)

腎機能低下 (eGFR < 60ml/min/1.73m²)

その他 ()

【治療・経過】

糖尿病、 高血圧、 脂質異常症、 心疾患、 () で加療中

検診で指摘

【治療・経過補足】

【現在の処方】

同封の処方箋の写しをご参照下さい 持参するお薬手帳をご参照下さい

【今後の対応方針】

精査後は当院のみで診察希望

定期的な併診希望 (薬剤は 当院・専門医 での処方希望)

腎臓専門医のみで診察希望

その他 ()

【コメント欄】

※「紹介状・診療情報提供書」を利用された際には、こちらを市に送付願います。

(日光市CKD連携)FAX連絡票

【FAX送信先】日光市健康課
保健指導班
FAX:0288-21-2968

※紹介先医療機関にをしてください

<腎臓専門医の外来診療のある医療機関(日光市)>

社団医療法人明倫会今市病院

電話番号0288-22-2200

獨協医科大学日光医療センター

電話番号0288-23-7100

いちいクリニック内科・皮膚科

電話番号0288-50-1192

<紹介元医療機関>

年 月 日

医療機関名

医師名

先生

診療情報提供書・報告書

(日光市CKD連携)

<紹介元医療機関>

<担当腎臓専門医>

医療機関名

医療機関名

先生

担当医師

<お返事>

年

月

日

住所 日光市

フリガナ

患者氏名

(男・女)

生年月日 明・大・昭・平

年

月

日

(歳)

原疾患名

CKD stage

【治療方針】

- 血圧を (/ mmHg)以下にコントロールすること。
- 食事療法 [蛋白質制限食 (0.8g/体重(kg)/日)、 減塩食 (6g/日)]をおこなうこと。
- 血糖管理 (目標HbA1c 7%以下)をおこなうこと。
- その他: ()

【処方薬】

以下の処方薬を 開始しました 処方をご検討下さい

降圧薬: ARB/ACEI (), Ca拮抗薬 (), その他 ()

血糖降下薬: SGLT2阻害薬 (), DPP-4阻害薬 (), その他 ()

腎性貧血治療薬: HIF-PH阻害薬 (), ESA製剤 ()

その他: (), (), ()

【栄養指導】

推定蛋白摂取量は(g/日)で目標(g/日)と比べ、過剰、適正、不足でした。

推定塩分摂取量は(g/日)で目標(g/日)と比べ、過剰、適正、不足でした。

栄養指導 (Kcal, 蛋白 g, 塩分 g, カリウム g)を実施しました。

【今後の方針】

- 貴院で引き続き加療継続して下さい。(以下のいずれかを呈しましたら再紹介をお願いします)
血清クレアチニン値の増加 (mg/dL以上増加)、検尿所見の増悪、急激な体重増加、浮腫、心不全、
()
- 併診させていただきます。
()カ月に1度程度、当科でも診療させて頂き腎機能・栄養指導などおこなってまいります。
- しばらく当科で診察継続させていただきます。
 - 検査・治療後、症状安定しましたら貴院へ逆紹介させていただきます。
 - 近い将来の腎代替療法が必要と思われます。適切な時期に腎代替療法導入後、患者様と相談のうえ、当院または他の透析施設などへご紹介させていただきます。
- その他 ()