

熊本市CKD病診連携紹介状【初診用】(診療情報提供書) 【様式1】

下記の患者をご紹介します。ご高診をよろしくおねがいします。 平成 年 月 日

【紹介先医療機関】 病院 科 先生
【紹介元医療機関】 医療機関名 医師名 印
住所 TEL FAX

患者氏名
生年月日: 年 月 日 才
性別 職業 ()

傷病名 備考 (腎臓専門医へ特に依頼したい項目等がありましたらご記入ください)
紹介目的 CKDの精査依頼
既往歴 CKD悪化因子 □糖尿病 □高血圧 □脂質異常症 □喫煙
家族歴 腎疾患 □有 () ・ □無
現病歴 ①eGFR50未満(70歳以上では40未満) ※糖尿病がある場合は60未満(70歳以上では50未満)
②3ヶ月以内に50%のeGFR低下
③蛋白尿2+以上
④蛋白尿/クレアチニン比0.5以上
⑤糖尿病又は血尿がある場合、程度は問わず蛋白尿を呈するもの全て
治療歴
検査所見 必須項目 eGFR (※血清クレアチニン mg/dl)
尿蛋白 ()
血尿 ()
任意項目 尿タンパク/尿クレアチニン比 g/g・creat
糖尿病の場合 尿糖 ()
血糖 mg/dl ()
HbA1c %
その他 電解質など測定してあれば、記載ください
過去の検査値 (クレアチニン・脂質等、過去の測定記録があれば、推移を記載、もしくはコピーを添付していただければ幸いです)
現在の処方
紹介後の方針 *ご希望がありましたらチェックをお願いします。ただし、状況によってはご意向に添えない場合があります。
□専門医の判断に任せる □可能な限り自院で診る □主たるフォローを専門医へお任せしたい

「熊本市CKD対策病診連携」FAX連絡票 【様式1】

【送付先】
熊本市役所 健康づくり推進課
健康増進班 宛
FAX:351-2183

本日、平成 年 月 日

病院、先生に

1名紹介しましたので連絡します。

*FAX受信通知
熊本市へFAXが届きました際に、連絡をいたします。ご希望のものに丸をつけてください。
■ 通知: 必要 ・ 不要
■ 方法: FAX ・ 電話

【送信元】

切り取り

熊本市CKD対策「病診連携」紹介基準

《参考》
※①～⑤のいずれかに該当するもの

Table with 2 columns: 紹介基準, 詳細. Rows include eGFR値による紹介基準 (① eGFR* 50 未満, ② 3ヶ月以内に、50%以上の eGFR の低下) and 蛋白尿による紹介基準 (③ 検尿の場合、尿蛋白 2+以上, ④ 尿生化学検査の場合、尿蛋白/尿クレアチニン比 0.5 g/g・creat以上(随時尿), ⑤ 糖尿病がある場合又は血尿がある場合、程度は問わず蛋白尿を呈する者全て)

*eGFR値=ml/min/1.73m²
日本腎臓学会によるCKD診療ガイドにおいては、腎専門医への紹介のタイミングとして、
(1)0.5g/gクレアチニン以上 または2+以上の尿蛋白 (2)eGFR50 ml/min/1.73m²未満
(3)尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上)の3項目があげられています。
特に上記基準の①～⑤いずれかに該当する方については、是非速やかにご紹介いただきますようお願い致します。