（かかりつけ医→腎臓専門医）　　2016年改訂版

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申し上げます。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：明 大 昭 平＿＿年＿＿月＿＿日＿＿才

様　性別 男・女　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 その他疾患	糖尿病　高血圧　脂質異常症　喫煙 （　　）	
家族歴	腎疾患 その他疾患	有　（　　）・無 （　　）	
現病歴		紹介基準	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 （検査結果のコピーを添付していただければ幸いです）	必須項目	eGFR	＿＿＿＿（※血清クレアチニン　＿＿＿＿mg/dl） （※eGFRは、クレアチニン値から早見表により換算もできます）
		尿蛋白	（　－、　±、　＋、　2＋、　3＋以上　）
		血尿	（　－、　±、　＋、　2＋、　3＋以上　）
	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　（　－、　±、　＋、　2＋、　3＋以上　） 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		

（かかりつけ医→熊本市）　　2016年改訂版

「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　096-366-1173

本日、平成＿＿年＿＿月＿＿日、

＿＿＿＿＿＿＿＿病院、＿＿＿＿＿＿＿＿先生に

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

【送信先】

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

eGFR値 による紹介基準

① **eGFR* 50 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）

② 3ヶ月以内に、 50%以上の eGFR の低下

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)
（一日蓄尿は 、タンパク尿 0.5g/日以上）

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
（血尿のみの場合、泌尿器科紹介または経過観察とし、経過観察にて症状や蛋白尿が出たら紹介）

＊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/1.73m^{2}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よろしくお願い致します。