

「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、 _____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】

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 (ml/min/1.73m²) による紹介基準	
① eGFR 45 未満	(40歳未満では60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、30%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 1+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、蛋白尿 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)	

※糖尿病がある場合には、眼科受診の有無の確認及び毎回の尿検査(微量アルブミン定量は3ヶ月に1度)をお願いします。

日本腎臓学会によるCKD診療ガイドラインにおいては、腎臓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1+以上の尿蛋白 (2)eGFR45 ml/min/1.73m²未満 (3)尿蛋白(±)かつ血尿(1+以上) (4)3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合の4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。