

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。 令和 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: 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	①eGFR45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) ②3ヶ月以内に30%以上のeGFR低下 ③蛋白尿1+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) (※eGFRは、クレアチニン値から早見表により換算もできます)	(_____)
	任意項目	尿蛋白 (_____) 血尿 (_____)	(_____)
(検査結果のコピーを添付していただければ幸いです)	任意項目	尿蛋白/尿クレアチニン比 _____ g/g・creat	
	任意項目	糖尿病の場合 血糖 _____ mg/dl (_____) HbA1c _____ %	
	任意項目	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。 <input type="checkbox"/> 専門医の判断に任せる <input type="checkbox"/> 可能な限り自院で診る <input type="checkbox"/> 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
 健康まちづくり推進班 宛
 FAX 096-366-1173

令和 ____年 ____月 ____日に _____ 病院へ

熊本市CKD対策病診連携紹介基準により、
1名紹介しましたので連絡します。

【送信元】
 医療機関名: _____
 主治医名: _____
 電話番号: _____

切り取り

※個人情報保護のため、患者氏名欄は設けておりません。
 ※CKD対策病診連携システムの推進のため、連携状況に関する調査をさせていただく場合があります。
 患者追跡がスムーズに行えるよう、FAX受信後、患者様の氏名又はカルテ番号をお電話で確認させていただきますので、ご協力よろしくお願いいたします。

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/1.73m ²) 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ヵ月以内に、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ヵ月に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ヵ月以内に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お願い致します。