

慢性腎臓病 (CKD) 詳細検査結果(兼)保健指導連絡票

検査実施日	令和 年 月 日	被保険者証 記号番号							
フリガナ		性別	生年月日	昭和 年 月 日					
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	連絡先				

特定健診結果 ※特定健診結果のコピーを添付される場合は記入不要

尿蛋白	*eGFR(ml/分/1.73m ²)	空腹時血糖(mg/dl)	HbA1c (%)	尿潜血	血圧(mmHg)
+ ・ 2+ ・ 3+					/

【表:CKDの重症度分類】 (CKD診療ガイドライン2018)

測定結果	①尿蛋白量 (定量検査) (mg/dl)	腎専門医紹介基準 ・青色の区分 ・灰色G1A2、G2A2、血尿+は紹介、たんぱく尿のみならば生活指導・診療継続 ・灰色G3aA1、40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続			③尿蛋白/尿中クレアチニン比			
	②尿中クレアチニン量 (mg/dl)				A1	A2	A3	
算出結果	③尿蛋白/クレアチニン比				正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	④該当ステージにチェック✓				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
		* e G F R 区 分	G1	>=90	正常または高値	<input type="checkbox"/> G1A1	<input type="checkbox"/> G1A2	<input type="checkbox"/> G1A3
			G2	60~89	正常または軽度低下	<input type="checkbox"/> G2A1	<input type="checkbox"/> G2A2	<input type="checkbox"/> G2A3
			G3a	45~59	軽度~中等度低下	<input type="checkbox"/> G3aA1	<input type="checkbox"/> G3aA2	<input type="checkbox"/> G3aA3
			G3b	30~44	中等度~高度低下	<input type="checkbox"/> G3bA1	<input type="checkbox"/> G3bA2	<input type="checkbox"/> G3bA3
			G4	15~29	高度低下	<input type="checkbox"/> G4A1	<input type="checkbox"/> G4A2	<input type="checkbox"/> G4A3
			G5	<15	末期腎不全 (ESKD)	<input type="checkbox"/> G5A1	<input type="checkbox"/> G5A2	<input type="checkbox"/> G5A3

【総合判定①：CKDに関するもの】

<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要指導 (要生活習慣改善)	<input type="checkbox"/> 要医療A (一般医への受診で可)	<input type="checkbox"/> 要医療B (腎臓専門医への受診を勧める)
-------------------------------	---	--	--

【総合判定②：その他の疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症等の基礎疾患) に関するもの】

<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要指導 (要生活習慣改善)	<input type="checkbox"/> 要医療A (現在の治療の継続で可)	<input type="checkbox"/> 要医療B (治療開始または現行治療の強化)
-------------------------------	---	---	---

<特記事項> * 医師記入

1. 今後の対応方針 (該当するもの全てにチェックし、その他は内容を記入)

- 経過観察: () カ月後 または 翌年度の健診
- 生活指導を実施: 減量 ・ 禁煙 ・ 禁酒 (節酒) ・ 減塩 ・ タンパク質制限
その他 ()
- 治療開始: 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常 ・ その他 ()
- 治療変更・強化:
- 専門医紹介 予定 ・ 紹介済み
紹介先医療機関名称 _____
- 他院での治療継続

2. 市保健師が保健指導を行う場合の留意事項(食事制限,運動など):

- 無 有 → 以下に記入 特定保健指導を自院で実施中

3. ※腎臓・糖尿病両専門医のコメント (書面のみ) 希望する 希望しない

希望する場合、下記の該当するものにチェック (複数可) し、その他は内容を記入。

- 診断 今後の検査・治療方針 投薬の必要性 患者指導 その他 → 以下に記入

医療機関名	医療機関番号	4	0	1					
	記載医師名								

*市へ検査結果を情報提供する旨、対象者の同意を得てください。記入後、写しを2部作成し1部を利用者本人交付 (郵送可)、1部を医療機関保管、原本を久留米市へ送付してください。*本検査結果及び医師のコメントをもとに市保健師が保健指導を行うことがあります。