

※本人確認欄 以下のことに同意しません。(*チェックありの場合、2次検査無料利用券のご使用ができません。)
市への情報提供及び保健師等の結果説明や健康相談を受けること。

慢性腎臓病 (CKD) 詳細検査結果(兼)保健指導連絡票

2次検査利用券番号			特定健診 受診券整理番号		
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

尿蛋白	※eGFR _(ml/分/1.73m²)	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2023)

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

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 たんぱく質制限 その他 ()
- 治療中・治療開始： 糖尿病 高血圧 脂質異常 その他 ()
- 治療変更・強化：
- 本検査のみ対応 (他に、かかりつけ医あり)
- 専門医紹介 予定 ・ 紹介済み* ・ 併診中*

紹介先医療機関名称 _____

※ 専門医紹介基準該当者は腎臓・糖尿病専門医のコメントあり (書面のみ) 「紹介済み・併診中」除く。

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 カッコに記入→
- 特定保健指導を自院で実施中

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

*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。