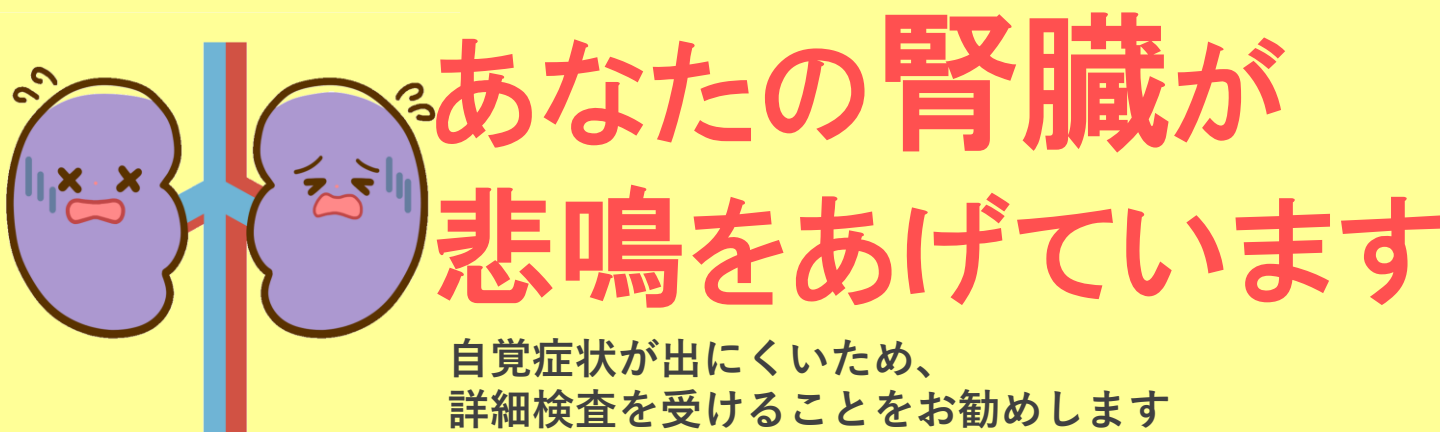


特定健診の結果で、尿検査の項目：尿蛋白（+）以上だった方へ



腎臓の機能が低下した状態

= 慢性腎臓病 (CKD)

成人の

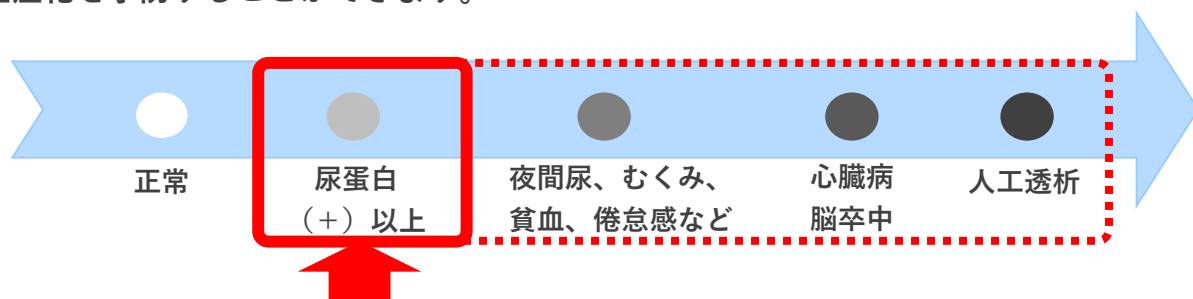
5人に1人

知っていますか？
慢性腎臓病 (CKD)
(市ホームページ)



*CKDが進行すると、**心臓病や脳卒中のリスク**が約**3倍**になります。

*CKDであっても、早めに生活習慣の改善や適切な治療を受けることで重症化を予防することができます。



あなたは今この段階です!! ※通常は、尿蛋白（-）です。

～～あなたに受けてほしい検査～～

● **CKD詳細検査** (蛋白定量検査 及び 尿中クレアチニン量)

※健診で実施した尿検査のより詳しい検査です



【費用】

保険診療の自己負担分

【検査後】

- ・かかりつけ医と専門医が連携して、必要な検査や治療法を見直す必要がないか等を検討します。
- ・結果に応じて、日常生活で実践できる健康づくりのコツを市の保健師と一緒に考えます。(市からご連絡差し上げます)

※本人確認欄 次のことに同意しません。：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

検査実施日		令和 年 月 日	特定健診 受診券整理番号											
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/1.73m 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)	※GFR	区	分	A1	A2	A3																		
②尿中クレアチニン量	(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	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上																				
③尿蛋白/クレアチニン比		G1 ≥90 正常または高値	G2 60～89 正常または軽度低下	G3a 45～59 軽度～中等度低下	G3b 30～44 中等度～高度低下	G4 15～29 高度低下	G5 <15 高度低下～末期腎不全	<input type="checkbox"/> G1A1	<input type="checkbox"/> G1A2	<input type="checkbox"/> G1A3	<input type="checkbox"/> G2A1	<input type="checkbox"/> G2A2	<input type="checkbox"/> G2A3	<input type="checkbox"/> G3aA1	<input type="checkbox"/> G3aA2	<input type="checkbox"/> G3aA3	<input type="checkbox"/> G3bA1	<input type="checkbox"/> G3bA2	<input type="checkbox"/> G3bA3	<input type="checkbox"/> G4A1	<input type="checkbox"/> G4A2	<input type="checkbox"/> G4A3	<input type="checkbox"/> G5A1	<input type="checkbox"/> G5A2	<input type="checkbox"/> G5A3
④該当ステージにチェック																									

【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（別に、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														
	結果報告日														

* 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。