６：プライマリケア医から腎臓専門医への依頼状　(令和3年7月改訂版)

**横浜CKD連携協議会精査依頼書**令和　　年　　月　　日

紹介先 　　　　　　　　　病院　　　　　紹介元クリニック・医院名

診療科・医師名　　　　　　科　　　　　　　　先生　　医師氏名　　　　　　　　　 先生

|  |
| --- |
| 患者氏名 |
| 生年月日　　㍽・㍼・㍻　　年　　月　　日(　　　歳)　　(男・女) |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |

・依頼理由(複数チェック可)

* CKD原疾患診断　 □ＣＫＤ今後の治療方針 □ＣＫＤ患者教育・食事指導

□ 腎不全療法選択外来受診　 □腎性貧血治療導入　　□高カリウム血症治療導入

□ 検査のみ希望(検査名　　　　　　　　　)　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　)

・CKD関連検査結果(下記以外の検査データのコピーもお願い致します)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年／月／日 | ／　　／ | | ／　　／ | **腎臓学会基準（次ページ）に加えての**  **本協議会紹介基準**  **下記項目のどれか１つあれば、ご紹介ください** |
| 血清Cr(クレアチニン) |  | |  |
| ｅＧＦＲ |  | |  | **・3ヶ月以内に30％以上の腎機能の悪化を**  **認める場合は必ず紹介**  **・尿蛋白２＋以上の場合は必ず紹介**  **・尿蛋白/尿潜血共に１＋以上**  **・２回続けてeGFR50未満**  **・２回続けてCr男性1.5女性1.2mg/dL以上** |
| 尿蛋白定性・尿蛋白/尿Cr比 |  | |  |
| 尿アルブミン/尿Cr比 |  | |  |
| 尿潜血 |  |  | |
| Ｈｂ(ヘモグロビン) |  |  | |
| 診察室血圧 | ／ | ／ | |

ｅＧＦＲは必須項目ではありません。紹介基準は、あくまで参考ですので、これより軽度でのご紹介でもかまいません。

|  |
| --- |
| 現病歴  合併疾患　□高血圧 □糖尿病　□脂質異常症　□喫煙歴あり　□狭心症・心筋梗塞  　　　　　□心房細動　□心不全　□TIA・脳梗塞　□ASO　□飲酒歴あり |

患者の処方内容(別紙処方箋のコピーでも可)

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**――当院の希望――**

下記の検査・治療は、当院で施行困難なため、お返事の際、ご考慮ください

|  |
| --- |
| □eGFR算定 □尿中アルブミン検査 □１日蓄尿検査  □CKD栄養指導 □エリスロポエチン皮下注　　□尿蛋白/尿Cr比  □尿アルブミン/尿Cr比　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

当院では、当患者において、下記のCKD病診連携を希望します

|  |
| --- |
| □貴院精査終了後、当院で加療希望 □今後、CKDについては、貴院と当院で併診希望  □今後、CKDについては、貴院あるいはCKD専門のかかりつけ医で加療希望  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準**

**作成：日本腎臓学会、 監修：日本医師会**

**(WEB: https://jsn.or.jp/topics/notice/\_3410.php)**

![テーブル

自動的に生成された説明]()