

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 尠・踰・臈 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			
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	/	/	<ul style="list-style-type: none"> ・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

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 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞 <input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> eGFR 算定	<input type="checkbox"/> 尿中アルブミン検査	<input type="checkbox"/> 1日蓄尿検査
<input type="checkbox"/> CKD 栄養指導	<input type="checkbox"/> エリスロポエチン皮下注	<input type="checkbox"/> 尿蛋白/尿 Cr 比
<input type="checkbox"/> 尿アルブミン/尿 Cr 比	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 貴院精査終了後、当院で加療希望	<input type="checkbox"/> 今後、CKDについては、貴院と当院で併診希望
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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)

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)			30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量(g/日)			正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)			0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介, 蛋白尿のみ ならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89		血尿+なら紹介, 蛋白尿のみ ならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	40歳未満は紹介, 40歳以上 は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿, 蛋白尿, 腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿), 腎機能低下, 高血圧に対する治療の見直し, 二次性高血圧の鑑別など)
- 3) 保存期腎不全の管理, 腎代替療法の導入

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない, 薬剤選択, 食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症, 神経障害, 冠動脈疾患, 脳血管疾患, 末梢動脈疾患など)発症のハイリスク患者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお, 詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと