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（簡略版）**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) |

依頼理由(下記の紹介参考基準に丸印をつける形式でも結構です)

□CKD確定診断　　　□ＣＫＤ今後の治療方針 □ＣＫＤ患者教育・食事指導

**日本腎臓学会-日本医師会紹介基準（次ページ）に加えての横浜CKD連携協議会による参考紹介基準**　（該当する箇所に丸印をつけてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 血清Cr(クレアチニン) | ・２回続けて血清Crが  　男性1.5 mg/dL以上  　女性1.2 mg/dL以上 |  | 紹介基準は  日本腎臓学会-日本医師会紹介基準（次ページ）に加えて  横浜CKD連携協議会が  推奨する基準であり  これより軽度での  紹介もかまいません |
| 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**  ・２回続けて50未満 |
| 尿蛋白 | **・尿蛋白２＋以上の時は必ず紹介**  ・尿蛋白/尿潜血共に１＋以上 |

現病歴(患者の処方箋、検査データ（採血・検尿）のコピーを同封してください

**――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 |

**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]()