

JCHO札幌北辰病院CKD連携表

令和 年 月 日

貴医療機関名
御担当医名
TEL : _____
FAX : _____

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男性 女性	明治・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
住所	〒 _____		当院受診歴 無 ・ 有 ・ 不明
身長・体重・血圧	_____ cm	_____ kg	/ _____ mmHg
患者様連絡先	_____	来院方法	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

※腎臓病学会の紹介基準は下記のようになっておりますが、下記の紹介基準以外でも尿検査以上や腎機能以上が認められる場合、その他紹介希望がございましたら、ご紹介下さい。

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)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		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) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
		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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	G3b 中等度~高度低下	30~44	紹介 <input type="checkbox"/>	紹介 <input type="checkbox"/>
	G4 高度低下	15~29	紹介 <input type="checkbox"/>	紹介 <input type="checkbox"/>
	G5 末期腎不全	<15	紹介 <input type="checkbox"/>	紹介 <input type="checkbox"/>

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

潜血尿 1+ 以上の場合

検査所見 □別紙添付	eGFR mL/min/1.73m ²	血清クレアチニン mg/dL
	尿蛋白 - ± + 2+以上	尿潜血 - ± + 2+以上

現病歴・既往歴 紹介目的など フリーコメント	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他() ※特記事項 _____ _____ _____
※目ぼしい記録は別紙添付をお願い致します	

紹介後の方針	※ご希望がありましたらチェックをお願い致します。ただし、状況に応じてご意向に沿えない場合がございます。 <input type="checkbox"/> 専門医の判断に任せる <input type="checkbox"/> 可能な限り自院で診る (ESA治療が必要な場合… 自院で治療可能 ・ 治療不可) ★ 現在のESA投与の有無 有 ・ 無 ⇒ 有の場合 μg × 回/週
--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------