

※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

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|----|-----------------|---|---|------------|----|-----|---|---|--|--|
| 2次検査利用券番号 | | 特定健診 受診券整理番号 | | | | | | | | | |
| 検査実施日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者証 記号番号 | | | | | | |
| 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/1.73m²) | 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) | ○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 | | | A1 | A2 | A3 |
| 算出結果 | ②尿中クレアチニン量 | ※ G F R 区分 | | | 正常 (-) | 軽度蛋白尿 (±) | 高度蛋白尿 (+~) |
| | (mg/dl) | G1 | ≥90 | 正常または高値 | 0.15未満 | 0.15~0.49 | 0.50以上 |
| | ③尿蛋白/クレアチニン比 | G2 | 60~89 | 正常または軽度低下 | <input type="checkbox"/> G1A1 | <input type="checkbox"/> G1A2 | <input type="checkbox"/> G1A3 |
| | | G3a | 45~59 | 軽度~中等度低下 | <input type="checkbox"/> G2A1 | <input type="checkbox"/> G2A2 | <input type="checkbox"/> G2A3 |
| | ④該当ステージにチェック✓ | G3b | 30~44 | 中等度~高度低下 | <input type="checkbox"/> G3aA1 | <input type="checkbox"/> G3aA2 | <input type="checkbox"/> G3aA3 |
| | | G4 | 15~29 | 高度低下 | <input type="checkbox"/> G3bA1 | <input type="checkbox"/> G3bA2 | <input type="checkbox"/> G3bA3 |
| | | G5 | <15 | 高度低下~末期腎不全 | <input type="checkbox"/> G4A1 | <input type="checkbox"/> G4A2 | <input type="checkbox"/> G4A3 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> G5A1 | <input type="checkbox"/> G5A2 | <input type="checkbox"/> G5A3 |

【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 | | | | | | | | |

*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。