

<鹿児島市CKD予防ネットワーク 受診報告書>

様式0

下記の患者さまが受診されましたので、経過につき報告致します。

			受診日	令和	年	月	日
受診歴 (過去1年以内)	有 ・ 無	健診の有無	有 ・ 無	喫煙の有無		有 ・ 無	
医療機関名			医師名				
被保険者証の記号・番号 ※生活保護の場合は受給者番号を記入		性別	生年月日	保険の種類 ※下記の番号を選択	保険者番号 ※生活保護の場合は 公費負担者番号を記入		
記号	番号						
		男 ・ 女					

※ 保険の種類欄には下記の番号を選択してください。

- ①国保 ②協会けんぽ ③後期高齢 ④健康保険組合・国保組合 ⑤共済組合 ⑥生活保護

紹介基準 ガイドライン2023	①蛋白尿区分A3(1+以上 または 尿蛋白0.50以上 または 尿アルブミン300以上)
	②血尿(1+以上)を伴う蛋白尿区分A2(± または 尿蛋白0.15~0.49 または 尿アルブミン30~299)
	③eGFR 60未満の蛋白尿区分A2(± または 尿蛋白0.15~0.49 または 尿アルブミン30~299)
	④40歳未満:eGFR60未満 40歳以上:eGFR45未満
	⑤3か月以内に30%以上のeGFR低下

【経過】再検査(血圧、eGFR、検尿・沈渣、尿蛋白定量)により、該当する箇所に☑を付けてください。

紹介基準に 該当しない	<input type="checkbox"/>	①再検査で異常なし ⇒ 健診で経過観察
	<input type="checkbox"/>	②自院で経過をみる。
	<input type="checkbox"/>	③自院以外の、患者のかかりつけ医で経過をみる。
	<input type="checkbox"/>	④その他
紹介基準に 該当する	<input type="checkbox"/>	⑤腎臓診療医 () 病院() 先生へ紹介
	<input type="checkbox"/>	⑥患者の意向により、自院で経過をみる。
	<input type="checkbox"/>	⑦患者の意向により、他院(腎臓診療医以外)で経過をみる。
	<input type="checkbox"/>	⑧その他

※上記で「その他」を選択された場合は、具体的な理由や対応を下記にご記入下さい。

※報告書は患者受診後、すみやかに下記宛てに郵送していただくか、FAX又はメールで送信してください。
なお、FAX等で送信される場合は、番号やアドレスをお間違いのないよう十分ご注意ください。

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号 鹿児島市保健所 保健政策課(別館3階)

TEL:099-803-6861 FAX:099-803-7026

メール:kenkodukuri@city.kagoshima.lg.jp

