

<鹿児島市> CKDトレーシングレポート(情報提供書)

下記の来局者に関して情報提供いたしますので、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

年 月 日

【紹介先医療機関・健診機関】(鹿児島市CKD予防ネットワーク登録医又は腎臓診療医、協力機関一覧をご活用ください)
 医療機関名または健診機関名
 病院・健診機関 _____ 科 _____ 先生 _____

【対象者氏名】 _____
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ 男・女

【情報提供元医療機関】
 保険薬局名 _____ CKD登録薬剤師名 _____

TEL: _____ FAX: _____

対象者本人の医療機関受診の有無		有	無	健診データの場合:CKD項目の有無		有	無
下記項目記載に用いた検査の実施日				年 月 日			
腎臓診療医 紹介基準	<input type="checkbox"/>	① 尿蛋白「+」以上(A3)		<input type="checkbox"/>	④ 40歳未満 eGFR60未満(G3a以上)		
	<input type="checkbox"/>	② 尿蛋白「±」(A2)かつ血尿「+」以上		<input type="checkbox"/>	40歳以上 eGFR45未満(G3b以上)		
	<input type="checkbox"/>	③ 尿蛋白「±」(A2)かつeGFR60未満(G3a以上)		<input type="checkbox"/>	⑤ 3カ月以内に30%以上のeGFR低下		
CKD登録医 紹介基準	<input type="checkbox"/>	① 尿蛋白(1+)以上		<input type="checkbox"/>	③ 40歳未満 eGFR60未満(G3a以上)		
	<input type="checkbox"/>	② 尿蛋白(±)が2年連続		<input type="checkbox"/>	④ 40歳以上 eGFR45未満(G3b以上)		

確認できた検査項目については、下記に記載

検査所見	血圧	_____ / _____ mmHg		
	eGFR	_____ mL/min/1.73m ²		血清Cr _____ mg/dL
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	血尿	- ± + 2+
	血色素量(Hb)	_____ g/dL		
	糖尿病関連	空腹時血糖 _____ mg/dL	HbA1c _____ % (NGSP値)	

薬剤師からの情報提供

返信欄 対応(医師記入欄) 報告内容を確認いたしました。