

＜鹿屋市＞ CKD予防ネットワーク 受診報告書

下記の患者が受診されましたので、経過につき報告致します。

受診日	年 月 日	受診歴 (過去1年以内)	有 ・ 無	健診の有無	有 ・ 無
医療機関名			医師名		
被保険者証の記号・番号		性別	生年月日	保険の種類	保険者番号
記号	番号				
		男 ・ 女		国保	鹿屋市国民健康保険 00460030

紹介基準

- ① 40歳未満 eGFR60未満
- ② 40歳以上 eGFR45未満
- ③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下
- ④ 蛋白尿 1+(A3)以上 又は0.50以上 又は尿アルブミン300以上
- ⑤ 血尿 1+以上を伴う尿蛋白 ±(A2) 又は0.15～0.49 又は 尿アルブミン 30～299
- ⑥ eGFR60未満の蛋白尿 ±(A2)

【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 非 該 準 に	<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。□1ヶ月 □3ヶ月 □6ヶ月 □1年 □その他()
	<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 該 準 に	<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。□1ヶ月 □3ヶ月 □6ヶ月 □1年 □その他()
	<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
市への 連絡事項	<input type="checkbox"/> 市健康教室等を紹介 <input type="checkbox"/> 塩分制限あり (g/日未満) <input type="checkbox"/> たんぱく制限あり (g/日未満) <input type="checkbox"/> 摂取カロリー()kcal/日	

※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御記入ください。

※ 報告書は患者受診後、速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ないよう十分御注意ください。

〒893-8501 鹿屋市共栄町20番1号 鹿屋市役所 健康保険課
 TEL(直通) : 0994-35-1014 **FAX : 0994-43-8363**
 メール : kokuho@e-kanoya.net