

## &lt;鹿屋市&gt; 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			
紹介基準	75歳未満	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 蛋白尿区分A3(1+以上 又は蛋白尿0.50以上 又は尿アルブミン300以上) ⑤ 血尿 1+以上を伴う尿蛋白区分A2(± 又は尿蛋白0.15~0.49 又は尿アルブミン 30~299) ⑥ eGFR60未満の蛋白尿区分A2			
	75~84歳	①eGFR30未満 ②尿蛋白2+以上			
【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 非該当に	<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			
紹介基準に 該当に	<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のないよう十分御注意ください。

鹿屋市CKD予防ネットワーク事務局(市役所健康保険課内)

〒893-8501 鹿屋市共栄町20番1号

TEL(直通): 0994-35-1014 FAX: 0994-43-8363

メール: kenkouchouju@city.kanoya.lg.jp