（ＣＫＤ予防ネットワーク登録医　⇒　ＣＫＤ予防ネットワーク事務局）　**様式４**

＜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			

紹介基準　チェックリスト

- ☐ チェックリストに該当なし
- ☐ ① eGFR45未満(40歳未満はeGFR60未満)
- ☐ ② eGFR45～60で尿たんぱく±以上
- ☐ ③ eGFR60以上で尿たんぱく＋以上
- ☐ ④ eGFR60以上で尿たんぱく±で血尿あり

【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

- ☐ ①再検査で異常なし　⇒　健診で経過観察
- ☐ ②自院で経過をみる。☐１ヶ月 ☐３ヶ月 ☐６ヶ月 ☐１年 ☐その他(　　)
- ☐ ③自院以外の、患者のかかりつけ医で経過をみる。
- ☐ ④その他

紹介基準に該当

- ☐ ⑤腎臓診療医　（　　）病院（　　）先生へ紹介
- ☐ 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(　　)
- ☐ ⑦患者の意向により、他院（腎臓診療医以外）で経過をみる。
- ☐ ⑧その他

市への連絡事項

☐ 市健康教室等を紹介　　☐ 現在加療中

☐ 塩分制限あり（　　g/日未満）　☐ たんぱく制限あり（　　g/日未満）　☐ 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（鹿屋市健康増進課内）
〒893-0007 鹿屋市北田町11番6号
TEL(直通)：０９９４－４１－２１１０　FAX：０９９４－４１－２１１７
メール：kenkou@city.kanoya.lg.jp