

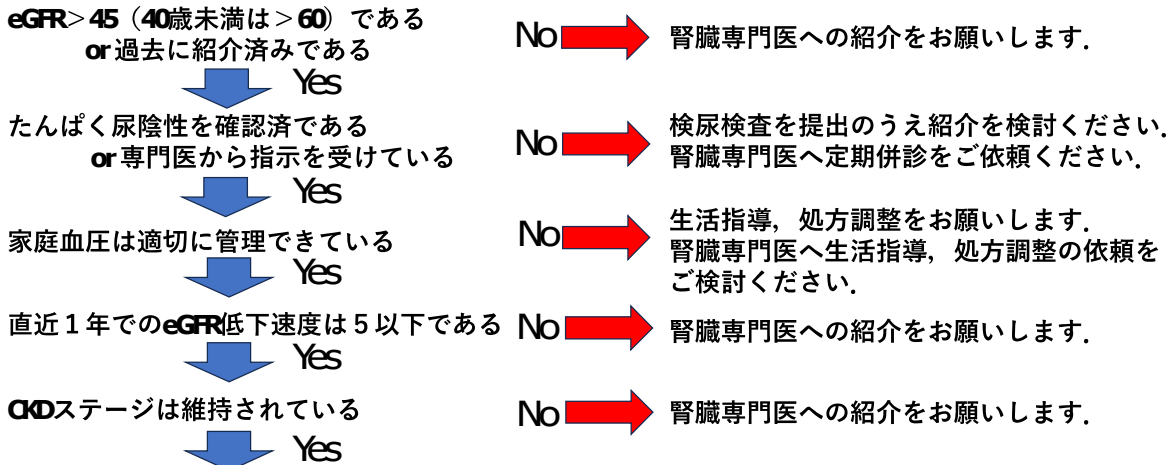
福井県CKD病診連携 紹介基準

(別添2)

ア～エのいずれかの基準を満たす場合、腎臓専門医へ紹介の上、連携した治療をお願いします。

- ア 尿蛋白 2 + 以上
- イ 尿蛋白 1 + 以上 かつ 尿潜血 1 + 以上 が持続
- ウ eGFR 45 未満
- エ eGFR 60 未満 かつ eGFR低下速度が年間 5 以上

～CKD患者病診連携フローチャート～



2024.3 福井県CKD対策推進協議会

(参考) 「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」より

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成:日本腎臓学会, 監修:日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30 未満	30~299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90	血尿+なら紹介。 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2 正常または軽度低下	60~89	血尿+なら紹介。 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a 軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b 中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	G4 高度低下	15~29	紹介	紹介
	G5 高度低下~末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的 (原疾患を問わない)

- 1) 血尿, 蛋白尿, 腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化 (治療抵抗性の蛋白尿 (顕性アルブミン尿), 腎機能低下, 高血圧に対する治療の見直し, 二次性高血圧の鑑別など)
- 3) 保存期腎不全の管理, 腎代替療法の導入

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識 (3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない, 薬剤選択, 食事運動療法指導など) を要する場合
 - ② 糖尿病合併症 (網膜症, 神経障害, 冠動脈疾患, 脳血管疾患, 末梢動脈疾患など) 発症のハイリスク患者 (血糖・血圧・脂質・体重等の難治例) である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

福井県 CKD 病診連携 紹介状【初診用】(診療情報提供書)

年 月 日

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診のほどよろしくお願い致します。

<紹介先医療機関> 医療機関名 診療科 担当医 先生 *宛先の医師名が不明の場合、科名のみご記入ください。	医療機関の名称 及び所在地 電話番号 F A X 診療科・医師氏名
--	---

(フリガナ) ()
患者氏名 (男・女)
生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 (才)
患者住所

<紹介目的> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 ア 尿蛋白 2 + 以上
 イ 尿蛋白 1 + 以上 かつ 尿潜血 1 + 以上 が持続
 ウ eGFR45 未満
 エ eGFR 低下速度が年間 5 以上

<既往歴・治療・経過> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 糖尿病 高血圧 心疾患 高脂血症 その他 () で加療中
 検診で指摘
<補足>

<現在の処方> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 同封の処方箋の写しをご参照ください。 持参するお薬手帳をご参照ください。

【自由記載・コメント欄】

<紹介後の方針> 当てはまる項目に☑をお願い致します。
 専門医の判断に任せる 可能な限り自院で診る 主たるフォローを専門医へ任せたい。

かかりつけ医 ⇒ 福井県

2024 年版

福井県 CKD 病診連携 FAX 連絡票

年 月 日

【送付先】

福井県庁健康福祉部健康医療局健康政策課
健康長寿グループ 行
(FAX 0776-20-0726)

【発信元】

医療機関名： _____

送信担当者： _____

「福井県 CKD 病診連携紹介基準」に基づき、専門医療機関へ紹介いたしましたので報告します。

【紹介者情報】

患者居住地	
紹介先医療機関名	
紹介基準該当項目 (該当した紹介基準に☑ をお願い致します)	<input type="checkbox"/> ア 尿蛋白 2 + 以上 <input type="checkbox"/> イ 尿蛋白 1 + 以上 かつ 尿潜血 1 + 以上 が持続 <input type="checkbox"/> ウ eGFR 4 5 未満 <input type="checkbox"/> エ eGFR 6 0 未満 かつ eGFR 低下速度が年間 5 以上