

行政連絡用  
CKD 連絡票

(あて先) ○○○

## 1 特定健康診査実施医療機関が記入してください

患者氏名：	性別：男・女	電話：
生年月日： 年 月 日 ( 歳)	住所：	
健診実施日： 年 月 日		

## 2 精密検査実施医療機関が記入してください（かかりつけ医または腎臓専門医）

検査実施日： 年 月 日	
実施医療機関：	医師名：
検査結果	血清クレアチニン _____ (mg/dL) eGFR _____ GFR 区分 G1 , G2 , G3a , G3b G4 , G5 蛋白尿区分 A1 , A2 , A3
診 断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腎臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 貧血
慢性腎臓病の 治療方針	<input type="checkbox"/> 治療・観察不要 <input type="checkbox"/> 要観察 ( ヶ月後再検査) <input type="checkbox"/> 治療中 (治療開始年月日： ) <input type="checkbox"/> 投薬等の治療開始 (開始時期： )
医師から患者 への指示事項	<input type="checkbox"/> 食事指導 エネルギー量 _____ kcal ( 単位) 塩分制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> 運動 (具体的に： ) <input type="checkbox"/> 服薬状況チェック (具体的に： ) <input type="checkbox"/> 定期通院を促す <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 体重減量の必要性 (有・無)
行政への連絡 事項	
同意確認	<input type="checkbox"/> 本人より、上記結果を自治体へ報告することへの同意あり