

### <鹿児島市> CKDトレーシングレポート(情報提供書)

下記の来局者に関して情報提供いたしますので、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。 年 月 日

【紹介先医療機関・健診機関】(鹿児島市CKD予防ネットワーク登録医又は腎臓診療医、協力機関一覧をご活用ください)

医療機関名または健診機関名

病院・健診機関

科

先生

【対象者氏名】

年 月 日 生まれ 男・女

【情報提供元医療機関】

保険薬局名

CKD登録薬剤師名

TEL:

FAX:

対象者本人の医療機関受診の有無

有

無

健診でのCKD項目の有無

有

無

健診でのCKD項目が「有」の場合、以下の項目を記載

紹介基準 2018 新基準	<input type="checkbox"/>	①尿蛋白「+」以上(A3)	<input type="checkbox"/>	④ 40歳未満 eGFR60未満(G3a以上)
	<input type="checkbox"/>	②尿蛋白「±」(A2)かつ血尿「+」以上	<input type="checkbox"/>	40歳以上 eGFR45未満(G3b以上)
	<input type="checkbox"/>	③eGFR60未満(G3a以上)かつ尿蛋白「±」(A2)	<input type="checkbox"/>	⑤ 3カ月以内に30%以上のeGFR低下

下記項目記載に用いた健診の実施日

年 月 日

検査所見 (健診結果 を用いて 分かる範囲 で記入)	血圧	_____ / _____ mmHg			
	eGFR	_____ mL/min/1.73m <sup>2</sup>		血清Cr _____ mg/dL	
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	血尿	- ± + 2+	
	血色素量(Hb)	_____ g/dL			
	糖尿病関連	空腹時血糖	_____ mg/dL		
		HbA1c	_____ % (NGSP値)		

薬剤師からの情報提供

返信欄 対応(医師記入欄)

報告内容を確認いたしました。