様式第3号（第3条関係）

腎臓診療医 ⇒ CKD・糖尿病性腎臓病登録医（かかりつけ医）

発行日：　　年　　月　　日

（診療情報提供書）
うるま市・沖縄市CKD・糖尿病性腎臓病 病診連携　返信シート

※同じ内容であれば、電子カルテや通常使用の返信様式でも可

＜返信先医療機関 ： かかりつけ医＞
医療機関名

先生

＜返信元医療機関 ： 腎臓診療医＞
医療機関名
担当医師
電話・FAX

患者氏名（ふりがな）　様		性別	生年月日	大正　昭和　平成　　年　　月　　日　　歳	
			住所		
受診日	令和　　年　　月　　日				
診断名		CKD ステージ	G1 ・ G2 ・ G3a ・ G3b ・ G4 ・ G5	蛋白尿	A1 ・ A2 ・ A3

検査結果

□ **検査結果は別紙参照**

血圧	/　　mmHg	推定1日尿蛋白量	g/day	k	mEq/L
尿蛋白（定性）	－　±　＋　2＋　3＋以上	血尿（定性）	－　±　＋　2＋　3＋以上	Hb	g/dL
Cr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73㎡	TP	g/dL
シスタチンC	mg/dL	eGFRcys	mL/min/1.73㎡	Alb	g/dL

CKDの治療目標： **・末期腎不全への進展阻止　・心血管疾患の発症予防　・死亡リスクの軽減（引用：CKD診療ガイド2024）**

今回の精査・指導内容 （該当する項目に〇をつけています。）

1　採血・検尿検査データは、別紙参照ください。

2　腎不全進行予防としての降圧目標：（ 家庭血圧 125/75 ・ 診察室血圧 130/80 ）mmHg以下　にコントロールすること。
（　　）

3　低蛋白食事の指導：　＜（　　）g/Kg/日とすること。

4　減塩食の指導　：　＜　6 g/日　とすること。

5　カリウム制限あり

6　令和　　年　　月　　日　腎臓病予防外来への案内。

治療薬

□ **貴院での処方をお願いします。**　　□ **当院にて処方します。**

□ SGLT2阻害薬（ダパグリフロジン10mg、エンパグリフロジン10mg）

□ ARB/ACE-I　□ ARNI　□ MRA　□ CCB（Ca拮抗薬）

□ ESA製剤　□ HIF-PH阻害薬

□ その他（　　）

留意点

今後の方針で該当すると考えられるところに〇をつけています。

1　**軽症慢性腎臓病であるため　引き続き　貴院で　検査・加療継続してください。**

2　軽症慢性腎臓病ですが、腎不全進行予防のため（　3ヶ月 ・ 6ヶ月　）に1度当院へ再度紹介下さい。

※下記のような状況等コントロールに困難を感じたらいつでもご紹介ください。

・心不全症状（呼吸困難・呼吸不全症状の出現）

・eGFR（　　ml／分1.73㎡　左記の値より30%以下の低下）

・血清カリウム（ 5.5mEq/Ｌ以上 ）

3　今後腎不全が進行し、透析治療が必要となってくるものと考えられます。患者様と相談の上、当院あるいは、他の透析が行える腎臓専門クリニックや病院へ紹介された方が望ましいと考えられます。

4　早急に透析導入が必要と考えられました。シャント作成、腹膜カテーテル挿入の必要があります。

5　その他

（　　）

（　　）

※ 別紙を参照いただき、貴院のeGFR60ml/分1.73m^{2}未満のCKD患者様の加療をご検討ください。