

かかりつけ医⇒各市

各市⇒かかりつけ医⇒各市

【国民健康保険版】

(様式1) R7.2 更新

筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業

医療機関受診連絡票

＜令和 年 月 日＞

＜健診実施機関＞

市名	担当者名	連絡先
個別健診実施医療機関名	担当者名	連絡先

(月 日) 実施 健診結果	氏名	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
	住所	電話番号		
	・ 血糖 (空腹時・随時) _____ mg/dl ・ HbA1c _____ % ・ 尿定性検査 蛋白 _____ 糖 _____ ・ eGFR _____ ml/分/1.73m ² ・ 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 血圧 _____ / _____ mmHg ・ その他 _____			

＜医療機関記載欄＞

貴院での検査結果を踏まえ、紹介基準を参考の上、今後の方針について御記入ください。(検査結果については写しの添付でも可。)

医療機関名等	医療機関名： 医師名：	連絡先電話番号：	糖尿病連携手帳の配布の有無 (あり ・ なし)
貴院での 検査結果	検査日： 月 日 (直近の検査データを御記入ください) ・ 血糖 (空腹時・随時) _____ mg/dl ・ HbA1c _____ % ・ 尿アルブミン _____ mg/gCr ・ 尿定性検査 蛋白 _____ 糖 _____ ・ eGFR _____ ml/分/1.73m ² ・ 血圧 _____ / _____ mmHg		
今後の 治療計画 (下記紹介基準 を参考)	☐ 経過観察 ⇒ (いずれかに☑) { ☐ 年に1回の特定健診受診を勧めてください ☐ 定期受診 (カ月ごと) ☐ 治療が必要 ⇒ (該当するものに☑) { ☐ 当院で治療予定 ☐ 専門施設へ紹介 (保健指導含む) (紹介先医療機関名：) ☐ すでに専門施設へ紹介済： 年 月 (紹介先医療機関名：) ☐ その他 ()		
市による 保健指導	☐ 必要⇒市へ依頼 (保健師・栄養士への指示を記載してください。) ☐ 本人の同意有 指示内容 ※食事、運動について、その他注意事項等がありましたら記載ください ※指示がない場合は、各種ガイドラインに沿って指導します ☐ 不要⇒ ☐ 当院で実施		

筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業における専門施設への紹介基準～日本腎臓学会作成基準(別紙参考資料1)を改変～

慢性腎臓病期		eGFR区分	尿たんぱく		
			(-)	(±)	(+～)
ステージG1	正常または高値	≥90		☐ かかりつけ医※	☐ 腎専門施設へ紹介
ステージG2	正常または軽度低下	60～89			
ステージG3a	軽度から中等度低下	45～59	☐ かかりつけ医※		
ステージG3b	中等度～高度低下	30～44		☐ 腎専門施設へ紹介	
ステージG4	高度低下	15～29	☐ 腎専門施設へ紹介	☐ 腎専門施設へ紹介	
ステージG5	末期腎不全	<15			

※薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合は
糖尿病専門施設へ紹介する(別紙参考資料2)

専門施設間の紹介基準について、日本糖尿病学会及び日本腎臓学会が公表している紹介基準を参照(別紙参考資料3・4)