

筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業 医療機関情報提供票

<令和 年 月 日>

様

医療機関名

特定健診・微量アルブミン尿検査の結果、以下の方について、貴院にて御高診くださいますようお願いいたします。
返信欄に御記入の上、御返送をお願いします。

氏名	生年月日	年 月 日	男・女
住所	電話番号		

<検査結果> (令和 年 月 日実施)

- 糖尿病連携手帳に記載
- 下記のとおり

・血糖(空腹時・随時) _____ mg/dl ・HbA1c _____ %
 ・尿定性検査 蛋白 _____ 糖 _____ 潜血 _____ ・eGFR _____ ml/分/1.73m²
 ・微量アルブミン尿検査(定量) _____ mg/gCr ・身長 _____ cm ・体重 _____ kg
 ・血圧 _____ / _____ mmHg ・その他 _____

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～

原疾患	尿たんぱく区分	A1	A2	A3
		(-)	(±)	(+～)
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30～299	300以上
慢性腎臓病期	ステージG1	正常または高値 ≥90	<input type="checkbox"/> かかりつけ医※	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> かかりつけ医※	
	ステージG3b	中等度～高度低下 30～44	<input type="checkbox"/> 腎専門施設へ紹介	
	ステージG4	高度低下 15～29	<input type="checkbox"/> 腎専門施設へ紹介	
ステージG5	末期腎不全 <15			

対象者がどこに該当するか印をつけてください。

※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

<処方内容>

- おくすり手帳を参照
- 下記のとおり

<今後の方針>

- ①当院で治療継続しますが、ご助言をいただきたい。
- ②当院及び貴院で併診。
- ③貴院での治療継続。

返信欄

医師名	連絡先電話番号
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(疑い・1型・2型) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(腎症前期・早期腎症期・顕性腎症期・腎不全期) <input type="checkbox"/> その他() ※検査結果 (<input type="checkbox"/> 添付有 ・ <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳に記載 ・ <input type="checkbox"/> 添付無し)
方針	<input type="checkbox"/> 貴院にて経過観察 <input type="checkbox"/> 当院にて経過観察 <input type="checkbox"/> 併診 処方内容 { <input type="checkbox"/> おくすり手帳を参照 <input type="checkbox"/> 右記のとおり () } <input type="checkbox"/> 他院紹介(医療機関名:)
備考	