

慢性腎臓病(CKD)重症化予防連携システム マニュアル

目次

- 慢性腎臓病(CKD)地域連携手順 P1
- 二次健診項目、腎臓専門医への紹介基準 P2-3
- かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準 P4
- CKD地域連携協力医・腎臓専門医療機関 リスト P5

連携フォーマット見本および記入例

保険者(国保、協会けんぽ) ⇄ かかりつけ医 連携用

- 1) 保険者(国保、協会けんぽ) → かかりつけ医 紹介用フォーマット(様式B1) P6-7
- 2) かかりつけ医 → 保険者(国保、協会けんぽ) 返信用フォーマット(様式B2) P8-9

かかりつけ医 ⇄ 専門(協力)医療機関 連携用

- 3) かかりつけ医 → 専門(協力)医療機関 連絡(紹介)用フォーマット(様式A1) P10-11
- 4) 専門(協力)医療機関 → かかりつけ医 連絡(返信・報告)用フォーマット(様式A2) P12-13

付録

- 1) 説明用資料
 - eGFR 男女・年齢別早見表 P14
 - CKD 重症度分類(CGA 分類) P15
 - CKDにおける心血管死亡と末期腎不全のステージ別オッズ比 P16
 - CKD患者におけるCVD発症の相対危険度 P17
- 2) 福島医大附属病院事前診察申込書(FAX用) P18
福島医大附属病院の紹介基準、福島県CKD(慢性腎臓病)連携連絡用診療情報提供書 P19-21

福島市医師会、福島薬剤師会

福島市、全国健康保険協会福島支部

福島県立医科大学(先端地域生活習慣病治療学講座/腎臓高血圧内科)

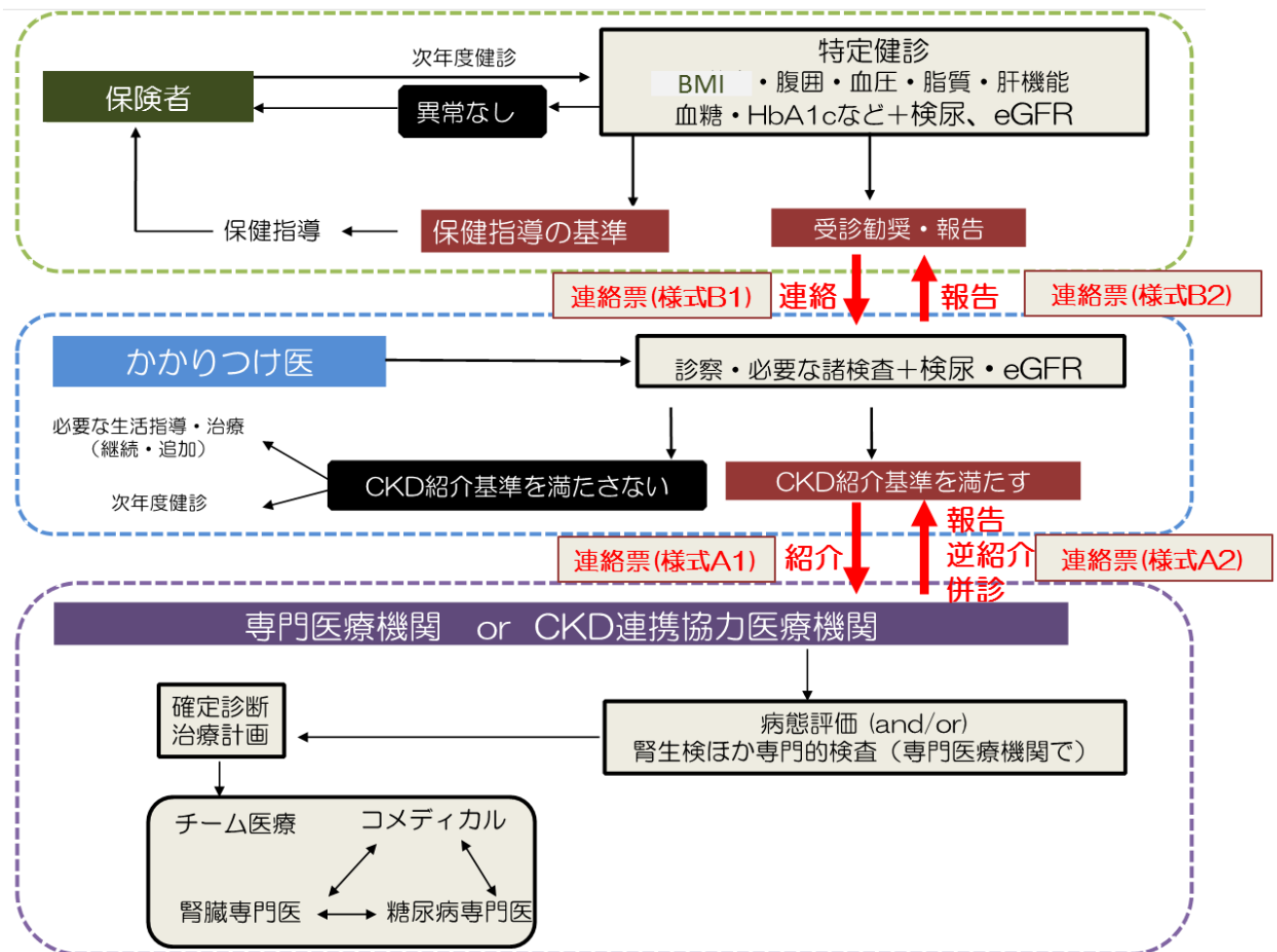
(2024年3月 第3版)

慢性腎臓病（CKD）地域連携手順（福島市医師会）

1. 特定健診受診者は保険者からの受診勧奨を受けて、「様式B1（紹介状）」「様式B2（返信票）」「返信用封筒」を持参してかかりつけ医を受診します。
2. かかりつけ医は「二次健診（2頁）」を実施します。
 - ①. 受療状況につき「様式B2（返信票）」に記入し、「返信用封筒」で保険者に返信。
 - ②. 「専門医への紹介基準（3頁）」に該当する場合は、「様式A1」を用いて、腎臓専門医またはCKD地域連携協力医（5頁リスト参照）へ紹介
3. 腎臓専門医またはCKD地域連携協力医は必要な精査、方針の検討を行い「様式A2」を用いてかかりつけ医に報告します。

※ 様式A1とA2は健診に限らず、一般診療中に新規に発生したCKDや、その他腎疾患で連携する場合もご利用いただけます。

図1 CKD地域連携のスキーム



二次健診推奨基準

特定健康診査

1. eGFR45 未満
2. 尿蛋白+以上（尿潜血+以上を伴う場合を含む）
3. eGFR が年間概ね 25%以上低下している場合
4. 尿蛋白±が持続する場合（例：2年連続で±の場合）

二次健診項目

① 尿検査

1. 尿試験紙法（尿蛋白、尿潜血）
2. 尿蛋白定量（尿蛋白/クレアチニン比）

尿蛋白と尿中Crを定量し、尿蛋白/Cr比をとる

- 0.15 (g/gCr)以上で有意の蛋白尿と言えます。
0.5 (g/gCr)以上で高度蛋白尿と判断します。

3. 尿沈渣（尿潜血陽性で新鮮尿を提出できる場合）
 - 赤血球 5-9/HPF（強拡大）以上で有意の血尿と言えます。
 - 変性赤血球、細胞性（赤血球、白血球、顆粒）円柱の存在は糸球体疾患の可能性を示唆します。

② 血清クレアチニン測定

（随時採血）：推算(e-)GFR の算出

腎臓専門医への紹介基準

(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会 2018 (別表) に準拠)

1. eGFR45 未満の場合：蛋白尿の程度にかかわらず
2. eGFR45 以上 60 未満：軽度以上の蛋白尿を認める場合
3. eGFR にかかわりなく：高度蛋白尿を認める場合
4. eGFR にかかわりなく：軽度以上の蛋白尿に血尿を伴う場合
5. 3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合

【蛋白尿の定義】

軽度蛋白尿（微量アルブミン尿）：

0.15～0.49 g/gCr (30～299 mg/gCr)

高度蛋白尿（顕性アルブミン尿）：

0.5 g/gCr (300 mg/gCr)以上

原疾患	蛋白尿区分	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
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値 ≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下 60～89	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下 45～59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度～高度低下 30～44	紹介	紹介
	G4	高度低下 15～29	紹介	紹介
G5	末期腎不全 <15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。）
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外にも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
 - ② 糖尿病合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

CKD地域連携協力医、腎臓専門医療機関 リスト

(R6年3月末現在 五十音順)

CKD地域連携協力医 (※1)

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	池田医院	池田 和也	飯坂町字若葉町5-1	542-4084	542-4084
2	うめつS内科クリニック	梅津 啓孝	松浪町2-31	536-5225	536-5228
3	大森中央泌尿器科・内科・外科クリニック	横田 崇	大森字街道下70-2	546-3725	546-3726
4	おぎはら泌尿器と腎のクリニック	荻原 雅彦	黒岩字浜井場16-1	572-7587	572-7588
5	奥野胃腸科内科医院	奥野 よしえ	瀬上町字寺前7	553-2658	553-2254
6	さくち医院	菊池 琉美子	大平寺兒子塚36	546-2222	546-2215
7	くどう内科・糖尿病クリニック	工藤 明宏	大森字館ノ内74-1	563-1061	563-1062
8	黒岩内科医院	中村 一郎	黒岩榎平64-1	545-7733	545-2641
9	児玉胃腸科内科	児玉 健夫	浜田町7-27	533-6622	533-5452
10	済生会福島総合病院	仲野 淳子	大森字下原田25	544-5171	539-7726
11	佐久間内科	佐久間 隆	陣場町4-8	521-1800	521-1600
12	佐藤医院	佐藤 幹夫	陣場町1-8	522-2489	522-2498
13	さとうクリニック内科消化器科	佐藤 浩明	方木田字中屋敷1-1	545-6111	545-0792
14	さとう内科医院	佐藤 武寿	豊田町4-12	523-4511	523-4511
15	しぎはらクリニック	鳴原 晃	八島田字勝口37	555-3331	555-3332
16	腎・泌尿器科クリニックさかがみ	坂上 善成	丸子字町頭20-13	553-6911	553-6955
17	須川診療所	廣川 健	野田町一丁目12-72	531-6311	531-6386
18	たに内科・糖尿病内科クリニック	谷 牧夫	天神町1-2	572-5736	572-5738
19	手塚クリニック	手塚 徹	御山字清水尻51	535-0550	535-5550
20	とやのクリニック	山本 喜代志	鳥谷野字宮畑64-1	544-1122	544-1919
21	野田循環器・消化器内科外科クリニック	野田 真由美	北矢野目字原田59-5	559-1133	559-1132
22	福島県農協会館診療所	重富 秀一	飯坂町平野字三枚長1-1	554-3488	554-3488
23	福島寿光会病院	袖長 安積	北町1-40	521-1370	521-1368
24	福島腎泌尿器クリニック	熊谷 研	森合字屋敷下36-1	557-1815	557-1838
25	福島赤十字病院(糖尿病代謝内科)	佐藤 義憲	八島町7-7	534-6101	531-1721
26	蓬莱東クリニック *	鈴木 穂孝	蓬莱町8-1-1	548-6601	548-6661
27	本田内科医院	本田 慶一朗	飯坂町平野字東原42-12	542-0666	542-0666
28	本間内科	本間 一男	笹木野字小針尻20-5	536-0063	536-2717
29	待井内科糖尿病内科クリニック	待井 典剛	南中央1丁目70番地	533-5578	533-5660
30	みずの内科クリニック	水野 兼志	新町8-4プレスビル1F	526-4855	526-4870
31	むらおか内科・糖尿病内科・耳鼻咽喉科クリニック	村岡 亮	松川町天王原89	567-2244	567-3577
32	横田泌尿器科	横田 季世士	野田町6丁目6-13	533-9388	533-0085

*要事前TEL

専門医療機関

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	大原総合病院	櫻井 薫	上町6-1	526-0300	526-0342
2	福島県立医科大学附属病院・腎臓高血圧内科(※2)	初診時は内科新患 (担当医)	光が丘1	547-1047	547-1075
3	福島セントラルクリニック	林 義満	早稲町8-22	522-7701	522-7717

※1診察曜日、受付時間は各医療機関にご確認ください。

※2医大病院紹介の際は事前診察予約をお願いします。

受付：月～金 9：00 - 11：30

福島県立医科大学附属病院ホームページ：<http://www.fmu.ac.jp/byoin/02renkei/page02.html>

(地域連携事業の主な事業内容)をご参照ください。

- 事前診察予約受付(上記TELまたはFAX)を介して予約できます。
- 付録の事前診察申込書(FAX用)をコピーしてをご利用下さい。

見本 (福島市国保版、協会けんぽ版もこれに準ずる)

様式 B1 【保険者→かかりつけ医】

主治医様

福島市健康づくり推進課

腎機能（CKD連携）紹介

本市国保保健事業につきましては、平素格別のご指導ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、過日実施しました福島市国保特定健康診査において、下記のとおりCKDが疑われる所見がありましたので、ご紹介いたします。ご高診をよろしくお願いいたします。

ご多忙のところ、大変お手数をおかけいたしますが、今後の受療状況につきまして、別紙返書にご記入いただき、同封の返信用封筒にて郵送をお願いいたします。

令和 年 月 日

氏名	男・女	国保番号	島1
生年月日		電話番号	
住所	福島市		
検査値	健診年月日 令和 年 月 日		
	Cr：クレアチニン (mg/dl)		
	eGFR（糸球体ろ過量） (ml/min/1.73 m ²)		
	尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+～)		
尿潜血 (- ± 1+ 2+ 3+～)			
添付資料	・ 特定健康診査結果表 ・ 腎機能（eGFR）の変化 ・ 血糖検査（HbA1c）の変化 ・ その他 ()		

【問い合わせ、連絡先】

福島市健康づくり推進課 検診予防係

電話 525-7680（直通）

FAX 525-5701

担当者名 保健師 _____

記入例

様式 B1【保険者→かかりつけ医】

主治医様

福島市健康づくり推進課

腎機能（CKD連携）紹介

本市国保保健事業につきましては、平素格別のご指導ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、過日実施しました福島市国保特定健康診査において、下記のとおりCKDが疑われる所見がありましたので、ご紹介いたします。ご高診をよろしく願います。

ご多忙のところ、大変お手数をおかけいたしますが、今後の受療状況につきまして、別紙返書にご記入いただき、同封の返信用封筒にて郵送をお願いいたします。

令和6年10月16日

氏名	福島 花子 男(女)	国保番号	島1 123456
生年月日	S30年5月5日	電話番号	024-XXX-XXXX
住所	福島市 ○○町3-1		
検査値	健診年月日 令和6年6月7日 Cr：クレアチニン (1.09 mg/dl) eGFR（糸球体ろ過量） (38.9 ml/min/1.73 m ²) 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+~) 尿潜血 (- ± 1+ 2+ 3+~)		
添付資料	・ 特定健康診査結果表 ・ 腎機能（eGFR）の変化 ・ 血糖検査（HbA1c）の変化 ・ その他（)		

【問い合わせ、連絡先】

福島市 健康づくり推進課 検診予防係

電話 525-7680（直通）

FAX 525-5701

担当者名 保健師 ○山 ○子

見本

 (福島市国保版、協会けんぽ版もこれに準ずる)

様式 B2 【かかりつけ医→保険者】

福島市 健康づくり推進課 担当者行

返信 (CKD連携)

受診者氏名 _____ 様

受診日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果	Cr : クレアチニン (_____ mg/dl) eGFR (糸球体ろ過量) (_____ ml/min/1.73 m ²) 尿定性 : 蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+ ~) 潜血 (- ± 1+ 2+ 3+ ~) 尿蛋白定量 : (_____ g/gCr) 尿沈渣 : (赤血球 : _____ /HPF、 円柱・その他の所見 _____)
併存症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 肥満(BMI≥25) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
診断 (暫定、疑でも可)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 異常なし
方針	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> 新たにかかりつけ医 (当院) で経過観察 (<input type="checkbox"/> 食事・生活指導、 <input type="checkbox"/> 薬物療法) <input type="checkbox"/> 現在の加療を継続 <input type="checkbox"/> 専門 (協力) 医療機関に紹介 (紹介先 _____)
栄養相談の希望 (有の場合、担当者より、ご本人に連絡いたします)	<input type="checkbox"/> 希望有 ⇒ 【医師指示】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 特に無し (CKD または 併存症 に対する標準的な値での指導で可) 【指示】 <input type="checkbox"/> カロリー _____ kcal/日 <input type="checkbox"/> たんぱく質 _____ g/kg (標準体重) <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他・要望 (_____)

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

※お手数ですが添付の封筒にて郵送をお願いします。

記入例

様式 B2【かかりつけ医→保険者】

福島市 健康づくり推進課 担当者行

返信（CKD連携）

受診者氏名 福島 花子 様

受診日 令和6年11月 1日

検査結果	Cr：クレアチニン (1.13 mg/dl) eGFR (糸球体ろ過量) (37.4 ml/min/1.73 m ²) 尿定性：蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+ ~) 潜血 (- ± 1+ 2+ 3+ ~) 尿蛋白定量：(0.8 g/gCr) 尿沈渣：(赤血球： 1-4/HPF、 円柱・その他の所見)
併存症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 肥満(BMI≥25) <input type="checkbox"/> その他 ()
診断 (暫定、 疑でも可)	<input checked="" type="checkbox"/> 腎機能低下、蛋白尿 (高血圧性腎硬化症の疑い) <input type="checkbox"/> 異常なし
方針	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> 新たにかかりつけ医 (当院) で経過観察 (<input type="checkbox"/> 食事・生活指導、 <input type="checkbox"/> 薬物療法) <input type="checkbox"/> 現在の加療を継続 <input checked="" type="checkbox"/> 専門 (協力) 医療機関に紹介 (紹介先 福島医大附属病院)
栄養相談 の希望 (有の場合、担 当者より、ご本 人に連絡いたし ます)	<input type="checkbox"/> 希望有⇒ 【医師指示】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 特に無し (CKDまたは併存症に対する標準的な値での指導で可) 【指示】 <input type="checkbox"/> カロリー _____ kcal/日 <input type="checkbox"/> たんぱく質 _____ g/kg (標準体重) <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他・要望 ()

分かる範囲で可

受診者本人に対する市担当者の
栄養相談を希望される場合、
ご記入ください。

令和6年11月15日

医療機関名 **〇〇クリニック**

医師名 **〇川 〇郎**

お手数ですが添付の封筒にて郵送をお願いします。

見本

紹介用

様式A1【かかりつけ医→専門（協力）医療機関】

医療機関名（ ）

先生 御侍史

慢性腎臓病（CKD）連携 連絡票（紹介）

下記の方は、専門（協力）医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いたします。

ご紹介日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	歳	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 他（ ）
診断(疑いも可)				
検査結果	実施日：令和 年 月 日 Cr：クレアチニン () mg/dl eGFR（糸球体ろ過量） () ml/min/1.73m ² 尿定性 蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+、潜血： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ 尿定量 (g/gCr) 尿沈渣 (/HPF 円柱・その他の所見 ()			
併存症 ・ 特記事項 (ある場合のみ分かる範囲でチェック)	・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・肥満 (BMI ≥ 25) (<input type="checkbox"/> 有) ・特記事項・その他 ()			
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の診療方針	<input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医（当院）で診療 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関での診療を希望			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			
コメント・連絡事項				

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

記入例

紹介用

様式A1【かかりつけ医→専門（協力）医療機関】

医療機関名（ ××病院 腎臓内科 ）

ご担当 先生 御侍史

慢性腎臓病（CKD）連携 連絡票（紹介）

下記の方は、専門（協力）医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日： 令和6年11月15日

健診以外の診療中に把握されたCKDの場合も本様式をご利用ください

ふりがな 氏名	ふくしま はなこ 福島 花子 様	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	把握経路	<input checked="" type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	昭和30年5月5日	69 歳	健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 他（ ）
診断(疑いも可)	腎機能低下、蛋白尿（高血圧性腎硬化症の疑い）			
検査結果	実施日：令和6年11月1日 Cr：クレアチニン (1.13) mg/dl eGFR（糸球体ろ過量） (37.4) ml/min/1.73m ² 尿定性 蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+、潜血： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ 尿定量 (0.8 g/gCr) 尿沈渣 (1-4 /HPF 円柱・その他の所見 ()			
分かる範囲で可 特記事項 (ある場合のみ分かる範囲でチェック)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧症 (<input type="checkbox"/>加療中 <input checked="" type="checkbox"/>未治療) ・ 糖尿病 (<input type="checkbox"/>加療中 <input type="checkbox"/>未治療) ・ 脂質異常症 (<input type="checkbox"/>加療中 <input type="checkbox"/>未治療) ・ 高尿酸血症 (<input type="checkbox"/>加療中 <input type="checkbox"/>未治療) ・ 肥満 (BMI ≥ 25) (<input type="checkbox"/>有) ・ 特記事項・その他 (軽度貧血あり) 			
依頼事項	<input checked="" type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の診療方針	<input checked="" type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医（当院）で診療 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関での診療を希望			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input checked="" type="checkbox"/> 別添なし			
コメント・連絡事項	尿蛋白は数年に一度指摘されていたようです。健診結果コピーを持参させます。当院からの処方はありません。			

国保以外の場合は、「他」にチェックをお願いします

分かる範囲で可

医療機関名 ○○クリニック
 (連絡先) 024-5**-1234
 医師氏名 ○川 ○郎

見本

返信・報告用

様式A2【専門（協力）医療機関→かかりつけ医】

医療機関名（ _____ ）
科 _____ 先生 御侍史

慢性腎臓病（CKD）連携 連絡票（返信・報告）

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな 氏名		様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID (加付番号)	
生年月日		歳	CKD連携	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診	
診断名	原因分類 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 不明 CKD重症度分類 G（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5） A（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3）				
検査結果	実施日	尿定量 _____ g/gCr	尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~		
	R . . .	尿沈渣（ _____ ）	尿潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~	Cr _____ eGFR _____	参考：実施日年齢 _____ 歳
別添	<input type="checkbox"/> 右記	BUN _____ UA _____ Na _____ K _____ Cl _____	Hb _____ Alb _____ c-Ca _____ P _____	TC _____ HDL-C _____ TG _____ LDL-C _____	
	<input type="checkbox"/> 別添 別添の場合 記入不要	BS _____ HbA1c _____	画像・その他 _____	血圧 _____ / _____ 脈拍 _____	浮腫 <input type="checkbox"/>
今後の治療方針	<input type="checkbox"/> 当院で（ <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査）します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医（貴院）の併診 （ _____ カ月毎を目途。 _____ 次回再診 _____ ） <input type="checkbox"/> かかりつけ医（貴院）でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します （紹介先 <input type="checkbox"/> 福島医大 <input type="checkbox"/> 大原総合病院 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ））				
現時点で必要と思われる事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加（ _____ ） <input type="checkbox"/> 減量（ _____ ） <input type="checkbox"/> 中止（ _____ ） <input type="checkbox"/> 食事指導（ <input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限） <input type="checkbox"/> 生活指導（ <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動（ _____ ） <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 特になし				
コメント・連絡事項					

医療機関名
(連絡先)
医師名

記入例

返信・報告用
様式A2【専門（協力）医療機関→かかりつけ医】

医療機関名（**〇〇クリニック**）
内 科 **〇川 〇郎** 先生 御侍史

慢性腎臓病（CKD）連携 連絡票（返信・報告）

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

専門（協力）医療機関
における番号を
必ずご記入ください

返信・報告日： **令和6年12月12日**

ふりがな 氏名	ふくしま はなこ 福島 花子 様		<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	ID (加付番号)	12-3456-78
生年月日	昭和30年5月5日	69 歳	CKD連携	<input checked="" type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
診断名	腎硬化症（高血圧性）				
原因分類	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明				
CKD重症度分類	G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input checked="" type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)				
実施日 H30.12.5	尿定量 0.8 g/gCr	尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~	尿沈渣 (0-1 / HPF)	尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~	Cr 1.18 eGFR 35.6 参考：実施日年齢 63 歳
検査結果 <input checked="" type="checkbox"/> 右記 <input type="checkbox"/> 別添	BUN 15 UA 6.5 Na 141 K 4.8 Cl 105	Hb 11.8 Alb 3.9 c-Ca 9.0 P 3.8	TC HDL-C TG	BS HbA1c	LDL-C 画像・その他 腹部USで両腎萎縮軽度
必要に応じて実施し ご記入いただくか 資料を 別添してください	<input checked="" type="checkbox"/> 当院で (<input checked="" type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医（貴院）の併診 (力月毎を目途。 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医（貴院）でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先 <input type="checkbox"/> 福島医大 <input type="checkbox"/> 大原綜合病院 <input type="checkbox"/> その他 ())				
現時点で 必要と思 われる 事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input checked="" type="checkbox"/> 食事指導 (<input checked="" type="checkbox"/> 減塩 <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> カロリー制限 <input type="checkbox"/> cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 () <input checked="" type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし				
コメント ・ 連絡事項	腎機能低下がやや進んでいます。血尿は無く、活動性の高い腎炎は否定的ですが蛋白尿がやや多く、慎重な観察が必要です。長期の高血圧歴があり、今後の血圧管理方針を立てます。当院で観察し、経過の安定が確認できましたら貴院との併診とさせていただきますと思います。				

再診、併診など
**継続的な連携の
際にも本様式を
ご利用ください**

必要に応じて実施し
ご記入いただくか
資料を
別添してください

医療機関名 **××病院 腎臓内科**
(連絡先) **024-5**-0001**
医師名 田 彦

eGFR男女・年齢別早見表

G1+2
 G3a
 G3b
 G4
 G5

注) GFR 区分は小数点以下2桁で考慮していますので、30mL/分/1.73m²でもG4、15.0mL/分/1.73m²でもG5としている部分があります。

血清Cr (mg/dL)	年齢													
	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
0.60	143.6	134.7	127.8	122.3	117.7	113.8	110.4	107.4	104.8	102.4	100.2	98.3	96.5	94.8
0.70	121.3	113.8	108.0	103.3	99.4	96.1	93.3	90.7	88.5	86.5	84.7	83.0	81.5	80.1
0.80	104.8	98.3	93.3	89.3	85.9	83.1	80.6	78.4	76.5	74.7	73.2	71.7	70.4	69.2
0.90	92.1	86.4	82.0	78.5	75.5	73.0	70.8	68.9	67.2	65.7	64.3	63.1	61.9	60.8
1.00	82.1	77.0	73.1	69.9	67.3	65.1	63.1	61.4	59.9	58.5	57.3	56.2	55.2	54.2
1.10	74.0	69.4	65.9	63.0	60.6	58.6	56.9	55.3	54.0	52.7	51.6	50.6	49.7	48.8
1.20	67.3	63.1	59.9	57.3	55.1	53.3	51.7	50.3	49.1	48.0	46.9	46.0	45.2	44.4
1.30	61.6	57.8	54.9	52.5	50.5	48.8	47.4	46.1	45.0	43.9	43.0	42.2	41.4	40.7
1.40	56.8	53.3	50.6	48.4	46.6	45.0	43.7	42.5	41.5	40.5	39.7	38.9	38.2	37.5
1.50	52.7	49.4	46.9	44.9	43.2	41.8	40.5	39.4	38.4	37.6	36.8	36.1	35.4	34.8
1.60	49.1	46.1	43.7	41.8	40.2	38.9	37.7	36.7	35.8	35.0	34.3	33.6	33.0	32.4
1.70	46.0	43.1	40.9	39.1	37.7	36.4	35.3	34.4	33.5	32.8	32.1	31.4	30.9	30.3
1.80	43.2	40.5	38.4	36.8	35.4	34.2	33.2	32.3	31.5	30.8	30.1	29.5	29.0	28.5
1.90	40.7	38.2	36.2	34.6	33.3	32.2	31.3	30.4	29.7	29.0	28.4	27.8	27.3	26.9
2.00	38.5	36.1	34.2	32.8	31.5	30.5	29.6	28.8	28.1	27.4	26.8	26.3	25.8	25.4
2.10	36.5	34.2	32.5	31.1	29.9	28.9	28.0	27.3	26.6	26.0	25.5	25.0	24.5	24.1
2.20	34.7	32.5	30.9	29.5	28.4	27.5	26.6	25.9	25.3	24.7	24.2	23.7	23.3	22.9
2.30	33.0	31.0	29.4	28.1	27.1	26.2	25.4	24.7	24.1	23.5	23.0	22.6	22.2	21.8
2.40	31.5	29.6	28.0	26.8	25.8	25.0	24.2	23.6	23.0	22.5	22.0	21.6	21.2	20.8
2.50	30.1	28.3	26.8	25.7	24.7	23.9	23.2	22.5	22.0	21.5	21.0	20.6	20.2	19.9
2.60	28.9	27.1	25.7	24.6	23.7	22.9	22.2	21.6	21.1	20.6	20.2	19.8	19.4	19.1
2.70	27.7	26.0	24.7	23.6	22.7	21.9	21.3	20.7	20.2	19.8	19.3	19.0	18.6	18.3
2.80	26.6	25.0	23.7	22.7	21.8	21.1	20.5	19.9	19.4	19.0	18.6	18.2	17.9	17.6
2.90	25.6	24.0	22.8	21.8	21.0	20.3	19.7	19.2	18.7	18.3	17.9	17.5	17.2	16.9
3.00	24.7	23.2	22.0	21.0	20.2	19.6	19.0	18.5	18.0	17.6	17.2	16.9	16.6	16.3
3.10	23.8	22.3	21.2	20.3	19.5	18.9	18.3	17.8	17.4	17.0	16.6	16.3	16.0	15.7
3.20	23.0	21.6	20.5	19.6	18.9	18.2	17.7	17.2	16.8	16.4	16.1	15.7	15.5	15.2
3.30	22.2	20.9	19.8	18.9	18.2	17.6	17.1	16.6	16.2	15.9	15.5	15.2	14.9	14.7
3.40	21.5	20.2	19.2	18.3	17.6	17.1	16.5	16.1	15.7	15.3	15.0	14.7	14.5	14.2
3.50	20.9	19.6	18.6	17.8	17.1	16.5	16.0	15.6	15.2	14.9	14.6	14.3	14.0	13.8
3.60	20.2	19.0	18.0	17.2	16.6	16.0	15.5	15.1	14.8	14.4	14.1	13.8	13.6	13.3
3.70	19.6	18.4	17.5	16.7	16.1	15.5	15.1	14.7	14.3	14.0	13.7	13.4	13.2	13.0
3.80	19.1	17.9	17.0	16.2	15.6	15.1	14.7	14.3	13.9	13.6	13.3	13.0	12.8	12.6
3.90	18.5	17.4	16.5	15.8	15.2	14.7	14.2	13.9	13.5	13.2	12.9	12.7	12.4	12.2
4.00	18.0	16.9	16.0	15.3	14.8	14.3	13.9	13.5	13.1	12.8	12.6	12.3	12.1	11.9

血清Cr (mg/dL)	年齢													
	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
0.60	106.1	99.5	94.5	90.4	87.0	84.1	81.6	79.4	77.4	75.7	74.1	72.6	71.3	70.0
0.70	89.6	84.1	79.8	76.3	73.5	71.0	68.9	67.1	65.4	63.9	62.6	61.3	60.2	59.2
0.80	77.5	72.7	68.9	66.0	63.5	61.4	59.5	57.9	56.5	55.2	54.1	53.0	52.0	51.1
0.90	68.1	63.9	60.6	58.0	55.8	54.0	52.3	50.9	49.7	48.6	47.5	46.6	45.7	45.0
1.00	60.7	56.9	54.0	51.7	49.7	48.1	46.6	45.4	44.3	43.3	42.4	41.5	40.8	40.1
1.10	54.7	51.3	48.7	46.6	44.8	43.3	42.0	40.9	39.9	39.0	38.2	37.4	36.7	36.1
1.20	49.7	46.6	44.2	42.3	40.7	39.4	38.2	37.2	36.3	35.4	34.7	34.0	33.4	32.8
1.30	45.5	42.7	40.5	38.8	37.3	36.1	35.0	34.1	33.2	32.5	31.8	31.2	30.6	30.1
1.40	42.0	39.4	37.4	35.8	34.4	33.3	32.3	31.4	30.6	29.9	29.3	28.7	28.2	27.7
1.50	38.9	36.5	34.7	33.2	31.9	30.9	29.9	29.1	28.4	27.8	27.2	26.6	26.2	25.7
1.60	36.3	34.0	32.3	30.9	29.7	28.8	27.9	27.1	26.5	25.9	25.3	24.8	24.4	24.0
1.70	34.0	31.9	30.2	28.9	27.8	26.9	26.1	25.4	24.8	24.2	23.7	23.2	22.8	22.4
1.80	31.9	29.9	28.4	27.2	26.1	25.3	24.5	23.9	23.3	22.7	22.3	21.8	21.4	21.1
1.90	30.1	28.2	26.8	25.6	24.6	23.8	23.1	22.5	21.9	21.4	21.0	20.6	20.2	19.8
2.00	28.4	26.7	25.3	24.2	23.3	22.5	21.9	21.3	20.7	20.3	19.8	19.5	19.1	18.8
2.10	26.9	25.3	24.0	23.0	22.1	21.4	20.7	20.2	19.7	19.2	18.8	18.4	18.1	17.8
2.20	25.6	24.0	22.8	21.8	21.0	20.3	19.7	19.2	18.7	18.3	17.9	17.5	17.2	16.9
2.30	24.4	22.9	21.7	20.8	20.0	19.3	18.8	18.2	17.8	17.4	17.0	16.7	16.4	16.1
2.40	23.3	21.8	20.7	19.8	19.1	18.5	17.9	17.4	17.0	16.6	16.3	15.9	15.6	15.4
2.50	22.3	20.9	19.8	19.0	18.3	17.6	17.1	16.7	16.2	15.9	15.5	15.2	15.0	14.7
2.60	21.3	20.0	19.0	18.2	17.5	16.9	16.4	16.0	15.6	15.2	14.9	14.6	14.3	14.1
2.70	20.5	19.2	18.2	17.4	16.8	16.2	15.7	15.3	14.9	14.6	14.3	14.0	13.8	13.5
2.80	19.7	18.5	17.5	16.8	16.1	15.6	15.1	14.7	14.4	14.0	13.7	13.5	13.2	13.0
2.90	18.9	17.8	16.9	16.1	15.5	15.0	14.6	14.2	13.8	13.5	13.2	13.0	12.7	12.5
3.00	18.2	17.1	16.2	15.5	15.0	14.5	14.0	13.6	13.3	13.0	12.7	12.5	12.3	12.0
3.10	17.6	16.5	15.7	15.0	14.4	13.9	13.5	13.2	12.8	12.5	12.3	12.0	11.8	11.6
3.20	17.0	15.9	15.1	14.5	13.9	13.5	13.1	12.7	12.4	12.1	11.9	11.6	11.4	11.2
3.30	16.4	15.4	14.6	14.0	13.5	13.0	12.6	12.3	12.0	11.7	11.5	11.2	11.0	10.9
3.40	15.9	14.9	14.2	13.5	13.0	12.6	12.2	11.9	11.6	11.3	11.1	10.9	10.7	10.5
3.50	15.4	14.5	13.7	13.1	12.6	12.2	11.8	11.5	11.2	11.0	10.8	10.5	10.4	10.2
3.60	14.9	14.0	13.3	12.7	12.2	11.8	11.5	11.2	10.9	10.7	10.4	10.2	10.0	9.9
3.70	14.5	13.6	12.9	12.4	11.9	11.5	11.1	10.8	10.6	10.3	10.1	9.9	9.7	9.6
3.80	14.1	13.2	12.5	12.0	11.5	11.2	10.8	10.5	10.3	10.0	9.8	9.6	9.5	9.3
3.90	13.7	12.8	12.2	11.7	11.2	10.8	10.5	10.2	10.0	9.8	9.6	9.4	9.2	9.0
4.00	13.3	12.5	11.9	11.3	10.9	10.6	10.2	10.0	9.7	9.5	9.3	9.1	8.9	8.8

※ 酵素法で測定したCr値を用いてください。18歳以上のみ適用可能です。小児には使用できません。



CKDの重症度分類

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	正常または高値	≥90		
	正常または軽度低下	60～89		
	軽度～中等度低下	45～59		
	中等度～高度低下	30～44		
	高度低下	15～29		
	末期腎不全 (ESKD)	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

CKD診療ガイド2012 p.3 表2

CKDにおける心血管死亡と末期腎不全の ステージ別オッズ比



心血管死亡

	ACR <10	ACR 10~29	ACR 30~299	ACR ≥300
eGFR ≥105	0.9	1.3	2.3	2.1
eGFR 90~104	Ref	1.5	1.7	3.7
eGFR 75~89	1.0	1.3	1.6	3.7
eGFR 60~74	1.1	1.4	2.0	4.1
eGFR 45~59	1.5	2.2	2.8	4.3
eGFR 30~44	2.2	2.7	3.4	5.2
eGFR 15~29	14	7.9	4.8	8.1

末期腎不全

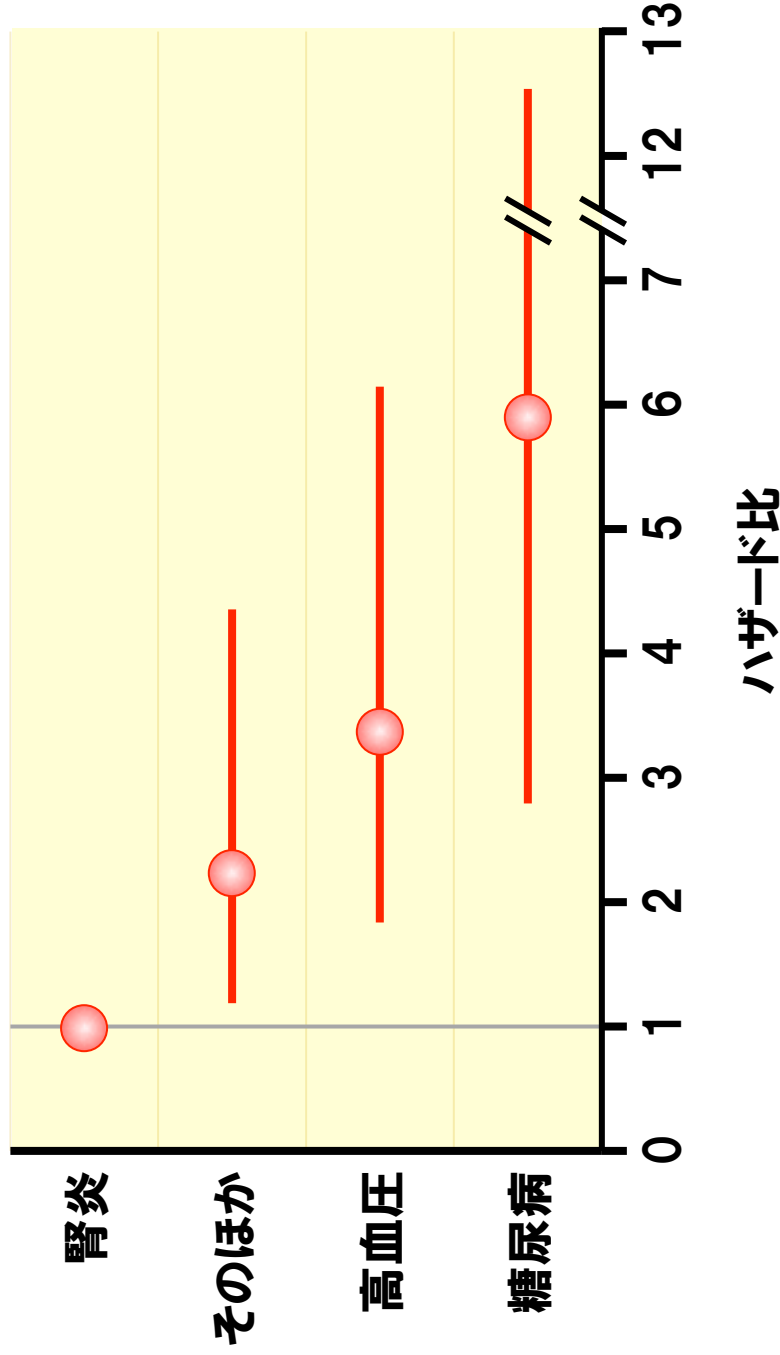
	ACR <10	ACR 10~29	ACR 30~299	ACR ≥300
eGFR ≥105	Ref	Ref	7.8	18
eGFR 90~104	Ref	Ref	11	20
eGFR 75~89	Ref	Ref	3.8	48
eGFR 60~74	Ref	Ref	7.4	67
eGFR 45~59	5.2	22	40	147
eGFR 30~44	56	74	294	763
eGFR 15~29	433	1,044	1,056	2,286

ACR:尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)

(Levey AS: Kidney Int 2011;80:17-28より引用, 改変)
CKD診療ガイド2012 p.4 表3

CKD患者におけるCVD発症の相対危険度

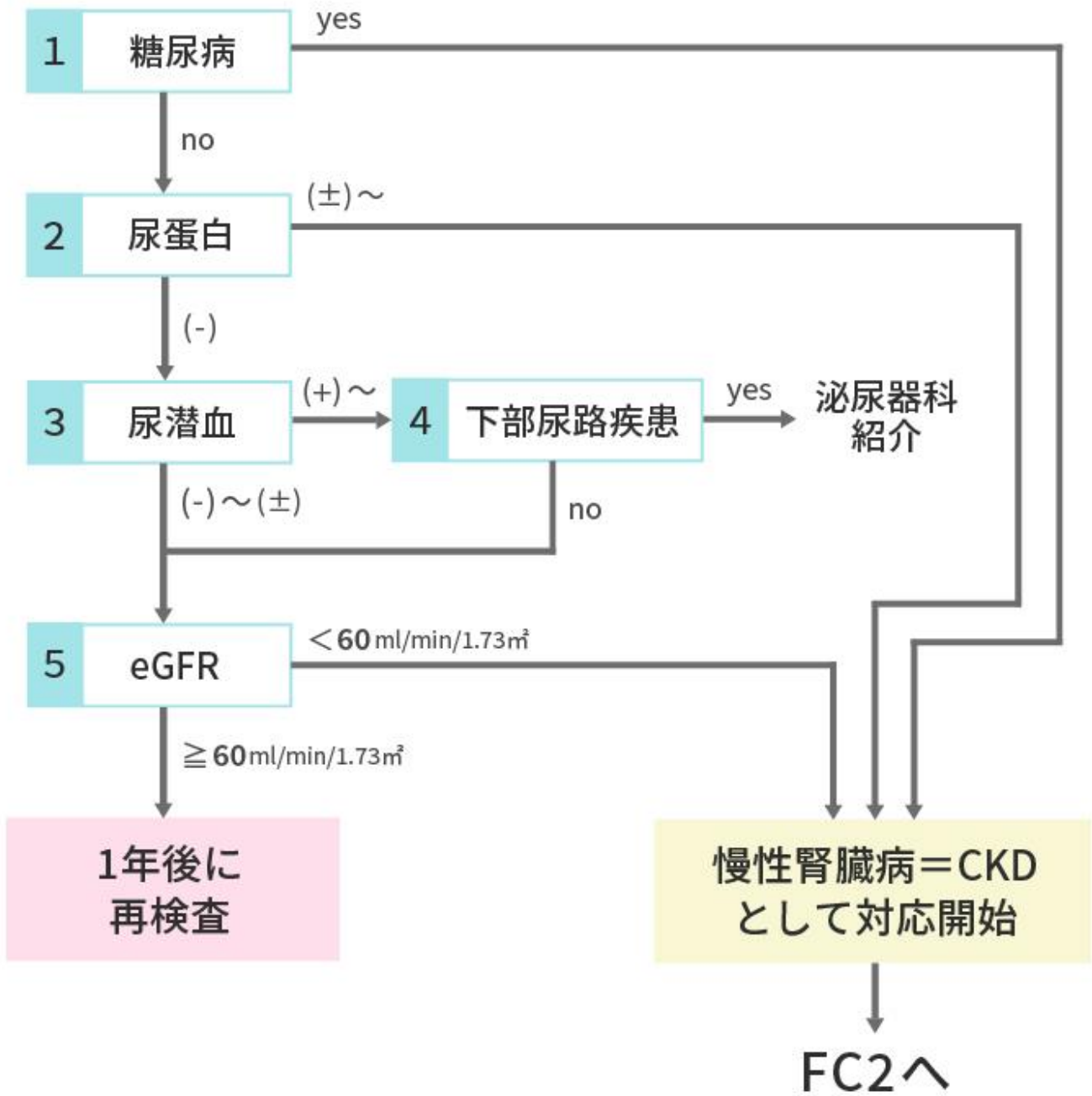
(狭心症, 心筋梗塞, うっ血性心不全, 脳卒中, 死亡の相対リスク) (宮城長陵CKD研究)



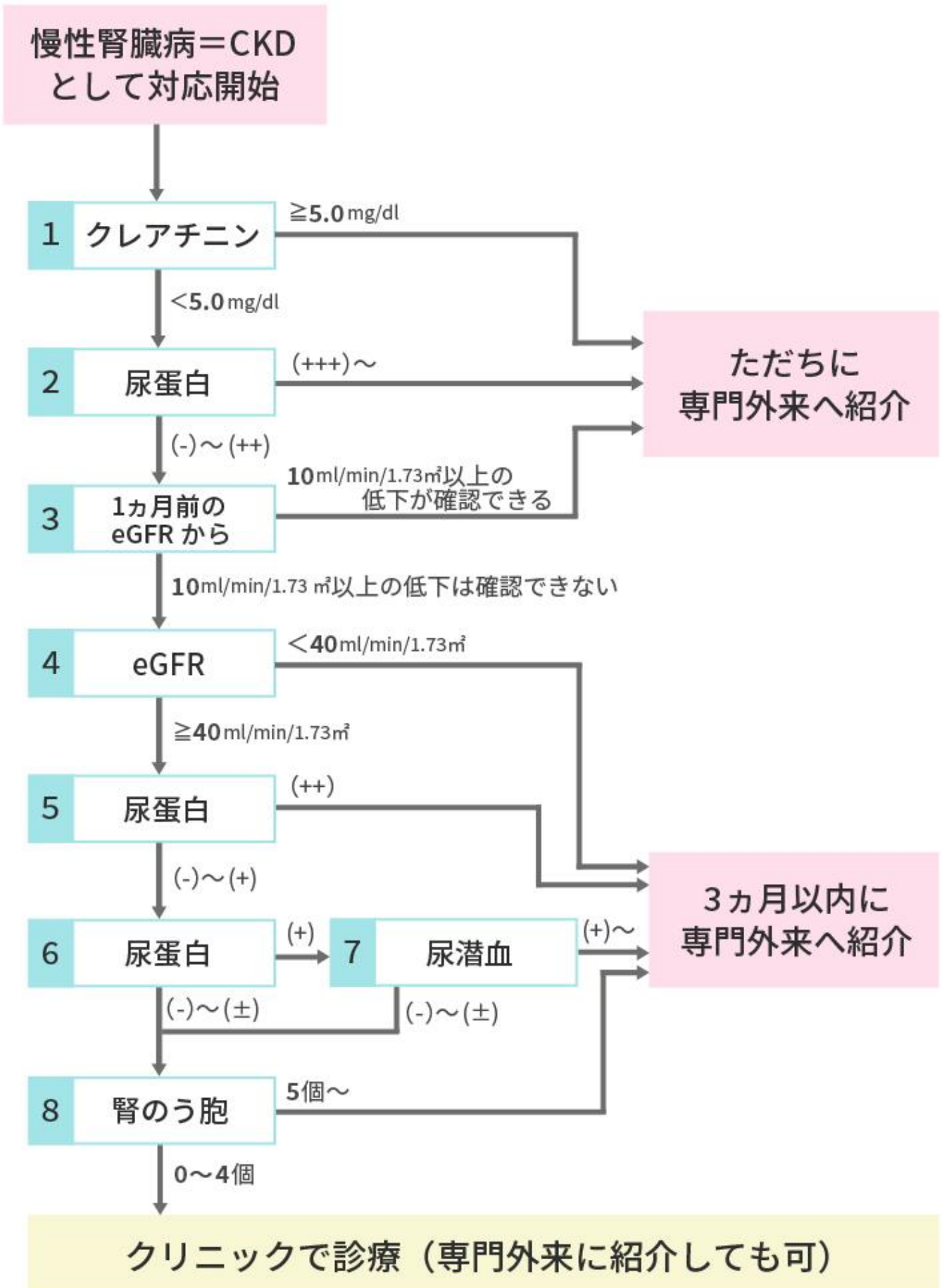
腎炎 (N=1,306) : 糸球体腎炎と間質性腎炎, 高血圧 (N=462) : 高血圧性腎障害, 腎硬化症, 糖尿
病 (N=283) : 糖尿病を合併する腎障害, そのほか (N=643) : そのほかの腎疾患。
腎炎患者のリスクを1としてハザード比を示す。

(Nakayama M, et al. Hypertens Res 2011;31:1106-1110より引用, 改変)
CKD診療ガイド2012 p.7 図3

FC1 : CKD のスクリーニング



FC2：CKD への対応



福島県CKD(慢性腎臓病)連携連絡用
診療情報提供書
 (かかりつけ医→腎臓専門医・専門機関)

紹介先医療機関等名 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関等名 _____ 電話番号 _____

住所 _____ 医師氏名 _____

患者氏名 _____ 性別 男・女 職業 _____

患者住所 _____ 電話番号 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

傷病名 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症
その他(_____)

紹介目的 慢性腎臓病の精査・治療方針確立
その他(_____)

既往歴及び家族歴
特記事項なし
特記事項あり(_____)

症状経過及び検査結果
特記事項あり (_____)
下記参照

A 3か月以内に専門機関への紹介することが望ましい

- 尿蛋白 (++)
 尿蛋白 (+) かつ尿潜血 (+)
 eGFR<40ml/min/1.73m²
 腎臓に合計5個以上の嚢胞がある
 上記のいずれにも該当しない

B ただちに専門機関へ紹介することが望ましい

- 尿蛋白 (+++)
 CKDの基準を満たし、かつ1か月以内にeGFRが10 ml/min/1.73m²以上低下した
 血清クレアチニン \geq 5.0 mg/dl

治療経過 慢性腎臓病は未治療
その他特記事項なし
その他特記事項あり (_____)

現在の処方 (_____)
 記載いただくか、「お薬手帳」等のコピーを添えてください

備考 (_____)

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 必要により、画像、検査データを添付してください。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入してください。さらに、患者さんの住所および電話番号を必ず記入してください。

本診療情報提供書は厚生労働省指定診療情報提供書別紙様式11に完全準拠しています