

御中

蒲郡腎臓病ネットワーク連絡票

この度、貴院にて特定健診を受診した結果、以下の方が蒲郡腎臓病ネットワークの対象となりましたのでご連絡いたします。

受診者	ふりがな	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月) 男・女
	紹介理由 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 (eGFR <input type="checkbox"/> 45 未満 <input type="checkbox"/> 20 未満) <input type="checkbox"/> 尿異常所見 蛋白尿 2+以上 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当 (HbA1c % ・ 尿蛋白)	
生活習慣病治療状況 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 定期通院中		

※1 医療機関から保健センターへの返信票(様式2)をご記入いただき、医師会集配にて、保健センターにお届けください。なお、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの保健指導対象となった患者様には、保健センターの保健師、管理栄養士が保健指導の実施をさせていただきます。保健指導の可・不可について御指示くださいますようお願い申し上げます。

担当:健康推進課(中村・千賀)

連絡先:電話 67-1151

FAX 67-9101(保健センター)

医療機関⇒保健センター

蒲郡腎臓病ネットワーク返信票

保健センター 行 (返信用)

太枠の中に受診者様の方針をご記入いただき、医師会集配にて保健センターにお届けくださいますようお願いいたします。なお、保健指導を行った後には、保健指導実施報告をお送りいたします。

受診者	ふりがな	大正・昭和・平成・令和
		年 月 日生 (歳 ヶ月) 男・女
紹介理由		
<input type="checkbox"/> 腎機能低下(eGFR <input type="checkbox"/> 45 未満 <input type="checkbox"/> 20 未満) <input type="checkbox"/> 尿異常所見 蛋白尿 2+以上 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当 (HbA1c %・尿蛋白)		

方針

かかりつけ医で経過をみる
 あおば内科クリニックを紹介
 蒲郡クリニックを紹介
 腎臓専門医と併診中
 他()

方針 ※糖尿病性腎症重症化予防プログラムには、該当しないため、記入の必要はありません

保健指導に同意する
 保健指導に同意しない

保健指導をする際に注意点がございましたら以下にご記入をお願いします。

・症状、検査数値等

・医師から本人への指導内容

・栄養、保健指導実施上の注意事項、依頼事項等

医療機関名
医師氏名
(スタンプ可)

令和 年 月 日

医療機関⇒保健センター

蒲郡腎臓病ネットワーク返信票

保健センター 行(返信用)

太枠の中に受診者様の方針をご記入いただき、医師会集配にて保健センターにお届けくださいますようお願いいたします。なお、保健指導を行った後には、保健指導実施報告をお送りいたします。

受診者	ふりがな	大正・昭和・平成・令和
		年 月 日生 (歳 ヶ月) 男・女

紹介理由

- 腎機能低下(eGFR 45 未満 20 未満)
- 尿異常所見 蛋白尿 2+以上
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当 (HbA1c %・尿蛋白)

方針

- かかりつけ医で経過をみる
- あおば内科クリニックを紹介
- 蒲郡クリニックを紹介
- 腎臓専門医と併診中
- 他()

方針 ※糖尿病性腎症重症化予防プログラムに該当するため下記にチェックをお願いします。

- 保健指導に同意する
- 保健指導に同意しない

保健指導をする際に注意点がございましたら以下にご記入をお願いします。

- ・症状、検査数値等
- ・医師から本人への指導内容
- ・栄養、保健指導実施上の注意事項、依頼事項等

医療機関名

医師氏名

(スタンプ可)

令和 年 月 日

保健指導実施報告書

保健センター⇒医療機関

御中

令和 年 月 日
健康推進課・保険年金課
（保健センター）
TEL 0533-67-1151
FAX 0533-67-9101
保健師・管理栄養士

以下のとおり保健指導を実施いたしましたので報告いたします。
目標及び取り組み内容については本人と生活習慣を振り返りながら決めております。取り組みが継続できるように、今後も電話及び面接で対応させていただきます。

受診者	ふりがな	大正・昭和・平成・令和
		年 月 日生 (歳 ヶ月) 男 ・ 女
<p><面接時の状況> 健診 / 体重 . kg BMI . 腹囲 cm 血圧 / mmHg HbA1c . % 面談 / 体重 . kg BMI . 確認事項 病院受診(/)HbA1c . %</p>		
<p>目標・取り組み内容(※):</p>		
<p>指導内容</p>		
次回の予定: 年 月 日		

かかりつけ医⇒専門医

蒲郡腎臓病ネットワーク地域連携パス

受診者	ふりがな	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳 ヲ月) 男 ・ 女										
<p>紹介理由</p> <p><input type="checkbox"/> 腎機能低下(eGFR□45未満 □20未満 Cr mg/dl)</p> <p><input type="checkbox"/> 尿異常所見 蛋白尿 2+以上</p> <p><input type="checkbox"/> 低蛋白血症(TP<6.0)・低アルブミン血症(Alb<3.0)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>												
<p>現在の治療病名</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c %) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>												
<p>処方 お薬手帳があれば記載の必要はありません。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1)</td> <td style="width: 50%;">6)</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>7)</td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>8)</td> </tr> <tr> <td>4)</td> <td>9)</td> </tr> <tr> <td>5)</td> <td>10)</td> </tr> </table>			1)	6)	2)	7)	3)	8)	4)	9)	5)	10)
1)	6)											
2)	7)											
3)	8)											
4)	9)											
5)	10)											
<p>コメント</p>												



<p>紹介先医療機関</p> <p><input type="checkbox"/> あおば内科クリニック TEL:0533-57-0211 FAX:0533-57-0220</p> <p><input type="checkbox"/> 蒲郡クリニック TEL:0533-68-1115 FAX:0533-68-7003</p>	<p>医療機関名</p> <p>医師氏名 (スタンプ可)</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>
---	--

専門医⇒かかりつけ医

蒲郡腎臓病ネットワーク返答書

〒 _____ 病院・クリニック
科 _____ TEL - _____ FAX - _____ 病院・クリニック
先生 御侍史 医師

受診者	ふりがな	大正・昭和・平成・令和
		年 月 日生 (歳 ヶ月) 男 ・ 女
診断		
コメント		
治療方針		
腎臓専門医への受診間隔(月) <input type="checkbox"/> 1カ月 <input type="checkbox"/> 2カ月 <input type="checkbox"/> 3カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月 <input type="checkbox"/> 12カ月		
次回受診日:令和 年 月 日		
令和 年 月 日		