

粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム マニュアル

令和8年5月改訂

粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システムマニュアル目次

1	はじめに	・・・1
2	粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム	・・・2
3	行政（市町）機関・一次医療機関（かかりつけ医）・二次医療機関の役割	
	（1）行政（市町）の役割	・・・3
	（2）一次医療機関（かかりつけ医）の役割	・・・5
	（3）二次医療機関（腎臓内科・糖尿病専門医）の役割	・・・7
4	対象者への受診勧奨関係様式	
	（1）精密検査（腎機能・泌尿器）のお知らせ（市町任意様式）	・・・8-①
	（2）健診結果（市町任意様式）	・・・8-②
	（3）受診勧奨パンフレット	・・・9-①②
	//	・・・10
5	関係機関の連携に関する様式	
	（1）一次医療機関（かかりつけ医）の先生へ	・・・11
	（2）粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム連絡票	
	○ 一次医療機関（かかりつけ医）・各市町・二次医療機関（様式1号）	・・・12
	○ 二次医療機関・一次医療機関（かかりつけ医）・各市町（様式2号）	・・・15
	（3）二次医療機関の先生へ（緊急受診用）	・・・18
	（4）粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システムにおける緊急受診の報告について（緊急受診用）	・・・19
	（5）粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システムにおける保健指導実施後の報告書	・・・20
6	Q&A	
	（1）一次医療機関用	・・・21
	（2）二次医療機関用	・・・23
	（3）紹介先医療機関への情報提供書（別紙様式11）	・・・25
7	名簿（別冊）	
	（1）粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム 一次・二次医療機関名簿	・・・26
	（2）粕屋地区行政機関名簿	・・・31

1 はじめに

粕屋地区では、医療機関と行政が連携を図り、効果的かつ効率的な取り組みを通じて、住民が生涯にわたり健康な生活を送ることができる地域を目指しています。

特に、人工透析を予防するための慢性腎臓病(以下CKDとする)対策として、平成24年度に行政・かかりつけ医・腎臓内科医が連携して、自覚症状のない時期から適切な医療と保健指導を行う「粕屋地区 CKD 対策連携システム」を立ち上げ、これまでに一定の成果を上げてきたところで

す。

一方で、人工透析の原疾患の4割以上が糖尿病であることから、国や県では糖尿病性腎症重症化予防対策に重点が置かれ、県においては「福岡県医師会・福岡県糖尿病対策推進会議・福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会・福岡県」の四者協働による「福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定して取組が強化されており、粕屋地区においても平成30年度に関係機関が連携して糖尿病対策を協議する連携会議を発足したところです。

令和元年度の粕屋地区におけるCKDと糖尿病の現状は、国保被保険者に占める人工透析患者の割合は、県平均より低く推移していますが、後期高齢者になると県平均を上回り県内1位と最も高くなっている状況です。血糖コントロール不良者や糖尿病性腎症病期分類第1期及び第2期の者の割合が県平均より高いという現状にあります。

また、これまでの10年間にわたる「粕屋地区 CKD 対策連携システム」の事業評価においては、腎臓を守るためには、CKDと併せて糖尿病のコントロールが大変重要であることが改めて確認できました。

このような背景から、この度、CKDと糖尿病対策を一体的にとらえ、腎機能と血糖コントロールの両面から、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むため、既存のシステムを「粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム」として、新たに改定することとしました。

このマニュアルは、「CKD診療ガイド」「糖尿病治療ガイド」や各種ガイドラインに基づき、腎臓専門医と糖尿病専門医、粕屋医師会かかりつけ医代表、市町の代表者及び保健所からなる「粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携会議」における協議を経て策定したものです。

このマニュアルを粕屋地区の医療・保健等に関わる皆さまに御活用いただき、システムが有効活用され、地域住民の健康増進とQOLの向上につながることを願っています。

令和4年3月

粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携会議 粕屋医師会長 松尾 喬之

2 粕屋地区CKD・糖尿病対策 連携システム

3 行政(市町)機関

一次医療機関(かかりつけ医)

二次医療機関の役割

3 行政(市町)・一次医療機関(かかりつけ医)・二次医療機関の役割

(1) 行政(市町)の役割

① 一次医療機関(かかりつけ医)への受診勧奨

特定健康診査において下記に該当する場合、対象者への受診勧奨関係様式類、連絡票等を渡し、一次医療機関(かかりつけ医)へ受診するよう勧奨する。

また、市町が直接本人に特定健診の結果説明を行う場合は、本人の検査データがパンフレット(P10)のどのデータに該当するかが分かりやすいように、マーカー等で印を付けて渡す。

なお、システム連絡票を交付する際、市町の実情に応じて優先順位をつける場合は、CKD 連携システム該当者及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者(下記参照)を必須の最優先対象者とし、その他独自の優先基準を含めて、評価を行うものとする。

<システム対象者>

CKD 関連 (以下のいずれかに該当)	糖尿病関連 (以下のいずれかに該当)
<ul style="list-style-type: none"> ・ eGFR60 未満 (70 歳以上は 50 未満) ・ 尿蛋白 1 + 以上 ・ 尿潜血 2 + 以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空腹時血糖 126 mg/dl 以上 ・ 随時血糖 126 mg/dl 以上 ・ HbA1c 6.5%以上 10%未満 (75 歳以上 7.0%以上 10%未満)

<対象者に交付する書類>

- ◆ 受診勧奨パンフレット(3種)
- ◆ 「一次医療機関(かかりつけ医)の先生へ」
- ◆ 連絡票1号様式(3部複写)
- ◆ 連絡票2号様式(3部複写)
- ◆ 返信用封筒2部

※参考<福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者>

2 型糖尿病であり、腎機能が低下していることのいずれにも該当する者

腎機能が低下していること (a~d のいずれかに該当)	2 型糖尿病であること (a~c のいずれかに該当)
(a)腎症 4 期：eGFR30 未満 (b)腎症 3 期：尿蛋白 (+) 以上 (c)腎症 2 期：以下を参考に判断 ・ eGFR45 未満 ・ eGFR60 未満のうち、年間 5 以上低下 ・ 糖尿病網膜症の存在 ・ 微量アルブミン尿確認または蛋白尿 (±) ・ 高血圧コントロール不良 (140/90mmHg 以上) (d)レプトに糖尿病性腎症もしくは腎機能低下を示す病名の記載有り	(a)空腹時血糖 126 mg/dl 以上 (随時血糖 200 mg/dl 以上) または HbA1c 6.5%以上 (75 歳以上 7.0%以上) (b)糖尿病受診中 (c)過去に糖尿病受診歴有

② 緊急受診 !!

二次医療機関への受診勧奨およびかかりつけ医への報告

特定健康診査において、下記に該当する場合、対象者に直接説明し、二次医療機関へ受診するように勧奨する。

CKD 関連（以下のいずれかに該当）	糖尿病関連（以下に該当）
・尿蛋白、尿潜血共に 3+ ・eGFR30 未満	・HbA1c 10%以上

<対象者に交付する書類>

- ◆ 「二次医療機関の先生へ」(緊急受診用)
- ◆ 連絡票2号様式(3部複写)
- ◆ 返信用封筒1部

※ かかりつけ医がいる場合は、「二次医療機関の先生へ」に医療機関等を記載した上で渡す。
また、かかりつけ医に「粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システムにおける緊急受診の報告について」(緊急受診用)により報告する。

③ 保健指導の実施

受診の結果から、二次医療機関及び一次医療機関(かかりつけ医)との連携のもと、対象者の保健指導を行う。

(2) 一次医療機関(かかりつけ医)の役割

- CKD 関連の一次医療機関は手上げ方式の登録制とする。(名簿参照)
- 医師会主催の研修会を受講する。
- 医療機関の標榜科にはこだわらない。

① 行政(市町)からの紹介による対応

行政(市町)からの紹介により、保険診療(患者負担)となることを説明の上、以下の検査を実施する。

CKD 関連	糖尿病関連
<ul style="list-style-type: none"> ・検尿(試験紙法) ・尿沈渣 ・尿蛋白/尿クレアチニン比の測定 ・血清クレアチニン ・eGFR 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖 ・HbA1c ・尿蛋白 ・その他(必要に応じて) 尿アルブミン等

※既に治療や経過観察でフォローされている場合、直近(3 カ月程度)の検査結果の判断でも可。

② 二次医療機関(腎臓専門医・糖尿病専門医)への紹介・受診勧奨

以下に該当する CKD 及び糖尿病の対象者を二次医療機関(腎臓専門医・糖尿病専門医)に紹介・受診勧奨する。

CKD 関連(以下のいずれかに該当)	糖尿病関連(eGFR にこだわらず)
<ul style="list-style-type: none"> ・尿蛋白2+以上または尿蛋白/尿クレアチニン0.5 以上 ・尿蛋白と尿潜血がともに1+以上 ・eGFR50 未満 (70 歳以上は eGFR40 未満) (CKD 診療ガイドに準ずる) 	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c 8%以上 (75 歳以上 8.5%以上) ・尿蛋白±以上 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> 〔アルブミン尿検査有の場合〕 ・アルブミン尿 30 mg/gCr 以上 </div>

連絡票(様式1号)を記載し、下記の書類を対象者に渡し、二次医療機関を受診する時に持参するよう説明する。また、二次医療機関に、受診日等を事前に確認するよう指導する。

<対象者に交付する書類>

- ◆ 様式1号-2
- ◆ 様式2号(3部複写)
- ◆ 返信用封筒1部

※ 既に二次医療機関でもフォローされている場合は、新たな紹介は不要。

連絡票の【今後の受診状況】欄の 二次医療機関と一次医療機関でフォロー にチェックの上、直近の検査結果を記載する。

③ 泌尿器科への紹介・受診勧奨

尿潜血単独2+以上で初回例については、連絡票(様式1号)を記載し、泌尿器科へ紹介・受診勧奨する。

下記の書類を対象者に渡し、泌尿器科受診時に持参するよう説明する。

なお、泌尿器科の紹介については、二次医療機関に限らない。

<対象者に交付する書類>

- ◆ 様式1号-2
- ◆ 様式2号(3部複写)
- ◆ 返信用封筒1部

④ 行政(市町)への報告

受診結果について市町へ連絡票(様式1号-1)を返信用封筒により送付する。

また、継続して保健指導を行うことが有効と思われる場合は、【保健・栄養指導】欄の「市町に指導依頼する内容」にを入れて返送する。

なお、二次医療機関、泌尿器科への紹介が不要な場合は、併せて様式2号(3部複写)、返信用封筒1部を同封する。

⑤ CKD 悪化因子の把握と治療・是正

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、肥満、喫煙及び貧血などの CKD 悪化因子を把握し、治療と是正に努める。

⑥ 二次医療機関との連携・継続フォロー

二次医療機関受診後も、必要に応じて、二次医療機関との連携のもと継続フォローを行う。

⑦ 特定健康診査の受診勧奨

継続して、年に1回、特定健康診査を受診するよう勧奨する。

(3) 二次医療機関(腎臓内科・糖尿病内科)の役割

① 紹介患者の対応

一次医療機関(かかりつけ医)から紹介された対象者、緊急受診対象者(行政から直接紹介された患者)の診察を行う。

② 一次医療機関(かかりつけ医)と行政(市町)への報告

連絡票(様式2号)を記載し、様式2号-1は郵送もしくは、患者さんへの手渡しにより一次医療機関(かかりつけ医)へ報告する。

様式2号-2は返信用封筒により、行政(市町)に郵送する。

また、継続して保健指導を行うことが有効と思われる場合は、【保健・栄養指導】欄の「市町に指導依頼する内容」に☑を入れて返送する。

③ 継続フォロー

一次医療機関(かかりつけ医)・行政(市町)との連携のもと、必要に応じて継続フォローを行う。

4 対象者への受診勧奨関係様式

公印省略

〇〇〇〇第 号
令和 年 月 日

特定健康診査受診者 様

〇 〇 〇 市町 長

精密検査（腎機能・泌尿器・糖代謝）のお知らせ

今年度受診されました特定健康診査の検査において、腎機能・泌尿器・糖代謝の項目で異常が見られました。治療を要する疾患が疑われますので、過去に精密検査を受けられた方や現在経過観察中の方においても、かかりつけ医、または、別紙の一次医療機関を受診されますようお知らせいたします。（別添パンフレットをご参照ください。）

なお、医療機関受診にかかる費用については、医療保険適応となります。

ご不明なことがあれば、下記までお問い合わせください。

【医療機関受診の際、持参するもの】

- ・ 粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム連絡票（一次医療機関宛封筒一式）
- ・ 特定健診の結果
- ・ 保険証

粕屋地区では、かかりつけ医、腎臓専門医、糖尿病専門医、及び行政が連携し、「粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム」を立ち上げ、慢性腎臓病（CKD）の早期発見、糖尿病の重症化予防等に取り組んでいます。

<問い合わせ先>

健康診査結果一覧

住所:〇〇町〇丁目〇番地

受診日:〇〇年〇月〇日

性別
男

氏名:〇〇 〇男

生年月日:〇〇年〇月〇日

年齢	56	57			
検査年月	H22.〇.〇	H23.〇.〇			

検査項目		基準値	空腹	食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	
身体 の 大き さ	身長	cm	164.6	164.5				
	体重	kg	70.2	68.3				
	BMI	18.5~24.9	治 26	治 25.5				
	腹囲	男 ~84cm 女 ~89cm	治 89.2	治 87.6				
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	~149mg/dℓ	95	83			
		HDLコレステロール	40~80mg/dℓ	66	67			
		AST (GOT)	~30IU/ℓ	19	24			
		ALT (GPT)	~30IU/ℓ	16	18			
		γ-GT (γ-GTP)	~50IU/ℓ	31	37			
	内皮障害	血圧	尿酸	~6.9g/dℓ	5.2	5.6		
			収縮期	130mmHg未満	126	149		
			拡張期	85mmHg未満	80	85		
	易血栓化	ヘマトクリット	~46%					
		血色素 (ヘモグロビン)	男 13~18g/dℓ 女 12~16g/dℓ					
	インスリン抵抗性	血糖	空腹 ~99mg/dℓ 随時 ~139mg/dℓ	92	105			
		HbA1c	~5.1%	5.4	5.4			
		尿糖	—	—	—			
その他の動脈硬化の危険因子	総コレステロール	~219mg/dℓ						
	LDLコレステロール	~119mg/dℓ	治 100	治 127				
血管変化	心臓	心電図	所見なし					
		脳	眼底検査	H O S O				
	腎臓	血清クレアチニン	男 ~1.0mg/dℓ 女 ~0.79mg/dℓ	0.8	0.77			
		eGFR (糸球体ろ過量)	60~ml/min/1.73m ²	78	80.9			
		微量アルブミン尿	30mg未満					
		尿蛋白	—	—	2+			
		尿潜血	—	—	—			

腎臓は働きものです！！



腎臓は私たちが生きていくうえで大切な働きをしてくれています。

＜腎臓の働き＞

- ① 血液をろ過して老廃物を尿として体の外に出します。
- ② ろ過した血液の中から体に必要なものを再吸収します。
- ③ 血液中の水分や塩分などのバランスを一定に保ちます。
- ④ 血圧を調整してくれます。

そのほかに、造血ホルモンをつくる、ビタミンDを活性化して骨を強くする、といった働きをします。

健診でわかる腎臓の検査値



eGFR

腎臓から老廃物を出す能力をあらわします。
(血液検査「クレアチニン」と性別・年齢から推算します)

尿たんぱく

本来は尿にたんぱくが出ることはありません。
腎臓の問題を見つけた手がかりになります。

尿潜血

尿に血液が出ているかがわかります。
腎臓や膀胱の問題を見つけた手がかりになります。

成人の8人に1人が慢性腎臓病(CKD)！？

＜CKDって何？＞

- 慢性腎臓病(以下 CKD)とは腎臓の障害や機能低下が3ヶ月以上続く状態のことを指します。
- CKD の怖いところは、病気の初期にほとんど自覚症状がないことです。

＜CKD が進行するとどうなるの？＞

- 腎臓は一度悪くなってしまえば元に戻りません。
- CKD が進行すると、腎臓の働きが低下して「腎不全」の状態になり、腎不全が進行すると、最悪の場合「人工透析」が必要になってしまいます。
- また、CKD になると、脳卒中、心筋梗塞など心血管系の大きな病気がひきおこすことが分かっています。

＜CKD を見つけるためにはどうしたらいいの？＞

- 定期的に健診を受けることが大切です。
- 異常が見つかったら、かかりつけ医や専門医療機関で必要な検査・治療を受けましょう。



紹介状が出た方は必ずお読みください

糖尿病とは!?

血液中のブドウ糖が増えすぎることにより、血管や神経、腎臓や目など全身の機能に障害を与える病気です。

糖尿病 危険な3大合併症

糖尿病性網膜症

網膜の細かい血管が傷み、視力低下や出血などがあり、失明することもあります。

糖尿病性神経障害

末端の神経が障害を受け、手や足がしびれたり、知覚が鈍くなります。足の壊疽が起きると切断しなければならぬケースもあります。

糖尿病性腎症

腎臓の血管が傷み、悪化すると腎不全に陥り、透析治療が必要になることもあります。



糖尿病性腎症とは!?

糖尿病の悪化により腎臓の糸球体組織に障害が起り、尿にたんぱくが排泄され、腎臓機能の低下を速めます。

健診でわかる糖尿病・腎臓の検査値

HbA1c

血糖

eGFR

過去1~2カ月間の平均血糖値

血液中に含まれるブドウ糖(グルコース)濃度。

HbA1cと併せて糖尿病診断の基準となります。

腎臓から老廃物を出す能力をあらわします。

(血液検査「クレアチニン」と性別・年齢から推算します)

血清クレアチニン

窒素化合物で、老廃物の一つです。

腎臓の働きをみる指標の一つになります。

尿たんぱく

本来は尿にたんぱくが出ることはありません。

腎臓の問題を見つける一番の手がかりになります。

あなたの病期は?

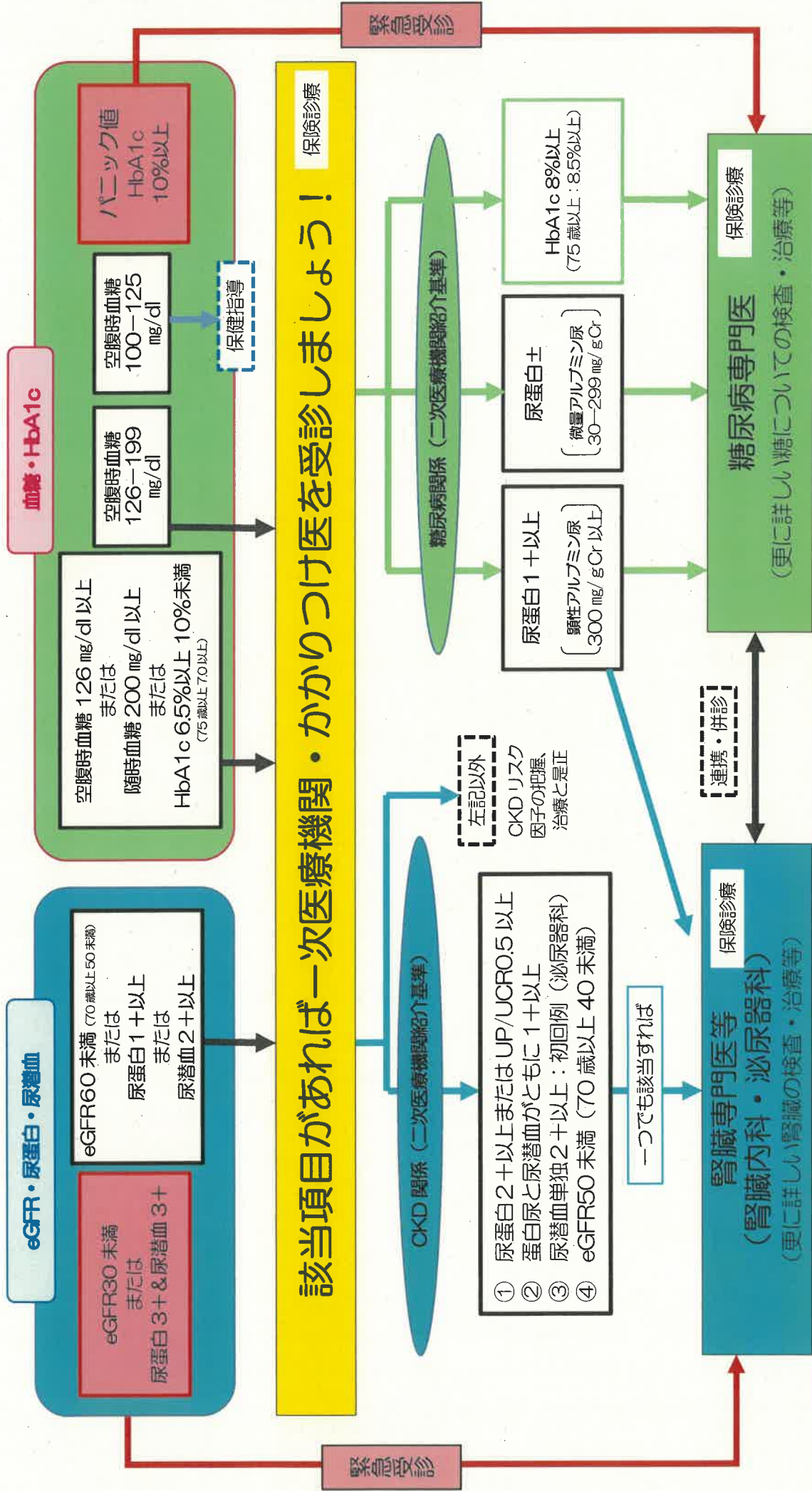


公益社団法人日本糖尿病協会編

「おいしく、楽しく!」あなたの腎臓を守る食事療法 かきくけこ より抜粋

これからどこで、どのような検査をすれば私の腎臓を守ることができるのでしょうか？

特定健診（各市町）受診結果を見てください



かかりつけ医・専門医・お住いの市町にて結果を共有し、みなさんの健康管理を行っていきます。毎年の健診と保健指導を受け、医療機関受診を継続していきましょう。

5 関係機関の連携に関する様式

一次医療機関（かかりつけ医）の先生へ

特定健診結果より『粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム』に基づき紹介をしています。保険診療（患者負担）となることを説明の上、必要な検査等によるご高診をお願いします。

★粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システムの受診勧奨値に該当するデータ区分は下記（☑）のとおりです。

- CKD
- CKD と糖尿病の両方
- 糖尿病

○ 添付の『粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム』に則り、該当する場合は二次医療機関（腎臓専門医・糖尿病専門医）への紹介をお願いします。

○ 既に二次医療機関でもフォローされている場合は、新たに紹介の必要はありません。連絡票様式 1 号の【今後の受診状況】の『二次医療機関と一次医療機関でフォロー中』にチェックのうえ、直近の検査結果をご記載ください。

○ 行政（市町）の保健師、管理栄養士による保健指導が必要な場合は、連絡票様式 1 号の【保健・栄養指導】の欄に記載ください。

【必要書類】

紹介先	本人へ渡す書類	行政へ送付する書類
二次医療機関（腎臓専門医・泌尿器科・糖尿病専門医）への紹介	<ul style="list-style-type: none"> ・様式 1 号-2 ・様式 2 号（3 部複写） ・行政（市町）への返信用封筒 	<ul style="list-style-type: none"> ・様式 1 号-1
尿潜血単独 2+ 以上の初回例 （泌尿器科は二次医療機関に限りません）		
他医療機関への紹介不要	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・様式 1 号-1、1 号-2 ・その他不要な様式 2 号一式と返信用封筒

<問い合わせ先・送付先>

粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム 連絡票
一次医療機関(かかりつけ医) ⇒ 各市町

市町名()

病院(医院)

年 月 日

先生

この方は、特定健康診査の結果、当院を受診されましたので、その結果をご報告いたします。

【患者】 (健診日: 年 月 日)

- 氏名 ()
- 性別 (男・女)
- 生年月日 (年 月 日) 歳
- 住所 () (電話)

【診断名】

- #1.
- #2.
- #3.

糖尿病

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ※合併症 | <input type="checkbox"/> 網膜症 |
| | <input type="checkbox"/> 腎症 |
| | <input type="checkbox"/> 神経症 |
| | <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 不明 |

【検査結果】

検査日: 令和 年 月 日 ※既に一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー中の方は直近の検査結果でも構いません。

- 血圧 (/) mmHg [糖尿病関連]
- 尿検査 (早朝尿・随時尿) ●血糖 (空腹時・食後 時間) () mg/dl
 - ・尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
 - ・尿潜血 (- ± + 2+ 3+)
 - ・尿糖 (- ± + 2+ 3+)
- HbA1c () %
- 尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
- 血清クレアチニン () mg/dl ○その他(必要に応じて)
- eGFR () ml/min/1.73m² (尿アルブミン () mg/gCr)
- 尿沈渣 ()
- 尿蛋白/尿クレアチニン比 () g/gCr

【医師の意見】

【今後の方針】

- 二次医療機関 (腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科) (医療機関名)へ紹介
- 一次医療機関にてフォロー
- 継続受診不要 (年1回、特定健康診査を受診するよう勧奨)
- 二次医療機関と一次医療機関でフォロー中
- 二次医療機関でフォロー中

【保健・栄養指導】 (該当箇所に☑してください)

- | | <当院で実施> | <市町に依頼> |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| ●食事指導 | | |
| ・エネルギー () kcal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・塩分 () g | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・カリウム制限 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・コレステロール制限 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・プリン体制限 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●運動指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●服薬指導・確認 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●禁煙指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●その他 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【一次医療機関(かかりつけ医)】

<医療機関名称>

診療科:

<医師氏名>

※指示量がないものについては、各種ガイドラインに沿って指導を行う

各市町提出用

一次医療機関(かかりつけ医) ⇒ 二次医療機関

市町名()

病院(医院)

年 月 日

先生

いつもお世話になっております。この方は、特定健康診査の結果、粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システムにより当院を受診され、精密検査を行った患者さんです。その結果、紹介の対象となりましたので、精査をよろしく願いいたします。また、診察結果につきましては、様式2号により当院及び市町あてに送付いただき

【患者】	(健診日: 年 月 日)
●氏名 ()	
●性別 (男・女)	
●生年月日 (年 月 日) 歳	
●住所 ()	(電話)

【診断名】	糖尿病	
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	※合併症	<input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	#1.	
#2.		
#3.		

【検査結果】	
検査日: 令和 年 月 日	※既に一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー中の方は直近の検査結果でも構いません。
●血圧 (/) mmHg	[糖尿病関連]
●尿検査 (早朝尿・随時尿)	●血糖 (空腹時・食後 時間) () mg/dl
・尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)	●HbA1c () %
・尿潜血 (- ± + 2+ 3+)	●尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
・尿糖 (- ± + 2+ 3+)	
●血清クレアチニン () mg/dl	○その他(必要に応じて)
●eGFR () ml/min/1.73m ²	尿アルブミン () mg/gCr
●尿沈渣 ()	
●尿蛋白/尿クレアチニン比 () g/gCr	

【医師の意見】

【今後の方針】
<input type="checkbox"/> 二次医療機関 (腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科) (医療機関名)へ紹介 <input type="checkbox"/> 一次医療機関にてフォロー <input type="checkbox"/> 継続受診不要 (年1回、特定健康診査を受診するよう勧奨) <input type="checkbox"/> 二次医療機関と一次医療機関でフォロー中 <input type="checkbox"/> 二次医療機関でフォロー中

【保健・栄養指導】 (該当箇所には☑してください)	【一次医療機関(かかりつけ医)】																																												
<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><当院で実施></td> <td style="text-align: center;"><市町に依頼></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●食事指導</td> <td></td> <td></td> <td><医療機関名称></td> </tr> <tr> <td>・エネルギー () kcal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・塩分 () g</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・カリウム制限</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>診療科:</td> </tr> <tr> <td>・コレステロール制限</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・プリン体制限</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●運動指導</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><医師氏名></td> </tr> <tr> <td>●服薬指導・確認</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●禁煙指導</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		<当院で実施>	<市町に依頼>		●食事指導			<医療機関名称>	・エネルギー () kcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・塩分 () g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・カリウム制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診療科:	・コレステロール制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・プリン体制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		●運動指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<医師氏名>	●服薬指導・確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		●禁煙指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		●その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診療科: () <医師氏名>
	<当院で実施>	<市町に依頼>																																											
●食事指導			<医療機関名称>																																										
・エネルギー () kcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
・塩分 () g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
・カリウム制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診療科:																																										
・コレステロール制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()																																										
・プリン体制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
●運動指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<医師氏名>																																										
●服薬指導・確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
●禁煙指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
●その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											

※指示量がないものについては、各種ガイドラインに沿って指導を行う

二次医療機関紹介用

粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム 連絡票
一次医療機関(かかりつけ医) 控

様式1号-3(令和4年3月改正)
3部複写

市町名()

病院(医院)

年 月 日

先生

【患者】

(健診日: 年 月 日)

- 氏名 ()
- 性別 (男・女)
- 生年月日 (年 月 日) 歳
- 住所 () (電話)

【診断名】

- #1.
- #2.
- #3.

糖尿病

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ※合併症 | <input type="checkbox"/> 網膜症 |
| | <input type="checkbox"/> 腎症 |
| | <input type="checkbox"/> 神経症 |
| | <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 不明 |

【検査結果】

検査日: 令和 年 月 日 ※既に一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー中の方は直近の検査結果でも構いません。

- 血圧 (/) mmHg
 - 尿検査 (早朝尿・随時尿)
 - ・尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
 - ・尿潜血 (- ± + 2+ 3+)
 - ・尿糖 (- ± + 2+ 3+)
 - 血清クレアチニン () mg/dl
 - eGFR () ml/min/1.73m²
 - 尿沈渣 ()
 - 尿蛋白/尿クレアチニン比 () g/gCr
- [糖尿病関連]
- 血糖 (空腹時・食後__時間) () mg/dl
 - HbA1c () %
 - 尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
- その他(必要に応じて)
- 尿アルブミン () mg/gCr

【医師の意見】

【今後の方針】

- 二次医療機関 (腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科) (医療機関名)へ紹介
- 一次医療機関にてフォロー
- 継続受診不要 (年1回、特定健康診査を受診するよう勧奨)
- 二次医療機関と一次医療機関でフォロー中
- 二次医療機関でフォロー中

【保健・栄養指導】 (該当箇所には☑してください)

- | | <当院で実施> | <市町に依頼> |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| ●食事指導 | | |
| ・エネルギー () kcal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・塩分 () g | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・カリウム制限 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・コレステロール制限 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・プリン体制限 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●運動指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●服薬指導・確認 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●禁煙指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●その他 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【一次医療機関(かかりつけ医)】

<医療機関名称>

診療科:

<医師氏名>

※指示量がないものについては、各種ガイドラインに沿って指導を行う

一次医療機関控

粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム 連絡票
二次医療機関 ⇒ 一次医療機関(かかりつけ医)

様式2号-1(令和4年3月改正)
 3部複写

市町名()

病院(医院)

年 月 日

先生

ご紹介いただいた方の結果について、以下のとおりご報告いたします。

【患者】 (健診日: 年 月 日)

●氏名 ()
 ●性別 (男・女)
 ●生年月日 (年 月 日) 歳
 ●住所 () (電話)

【診断名】

#1.
 #2.
 #3.

糖尿病	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
※合併症	
<input type="checkbox"/> 網膜症	
<input type="checkbox"/> 腎症	
<input type="checkbox"/> 神経症	
<input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 不明	

【検査結果】

検査日: 令和 年 月 日

●尿検査 (早朝尿・随時尿)
 ・尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
 ・尿潜血 (- ± + 2+ 3+)
 ・尿糖 (- ± + 2+ 3+)

●血清クレアチニン () mg/dl
 ●eGFR () ml/min/1.73m²
 ●腎エコー (有・無)
 ●腎生検(予定含む) (有・無)
 ●尿蛋白/尿クレアチニン比 () g/gCr

●血圧 (/) mmHg
 ●尿アルブミン () mg/gCr
 ●血糖 (空腹時・食後 時間) () mg/dl
 ●HbA1c () %
 ●その他 ()

【医師の意見】

【今後の方針】

二次医療機関 (腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科) で継続受診
 二次医療機関と一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー
 一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー (医療機関名)
 その他 ()

【保健・栄養指導】 (該当箇所に☑してください)			【二次医療機関】
	<当院で実施>	<市町に依頼>	<医療機関名称>
●食事指導	・エネルギー () kcal	<input type="checkbox"/>	診療科: <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科
	・塩分 () g	<input type="checkbox"/>	
	・カリウム制限	<input type="checkbox"/>	
	・コレステロール制限	<input type="checkbox"/>	
	・プリン体制限	<input type="checkbox"/>	
●運動指導		<input type="checkbox"/>	<医師氏名>
●服薬指導・確認		<input type="checkbox"/>	
●禁煙指導		<input type="checkbox"/>	
●その他()		<input type="checkbox"/>	

※指示量がないものについては、各種ガイドラインに沿って指導を行う

一次医療機関送付用

二次医療機関 ⇒ 各市町

市町名()

病院(医院)

年 月 日

先生

ご紹介いただいた方の結果について、以下のとおりご報告いたします。

【患者】 (健診日: 年 月 日)

●氏名 ()

●性別 (男・女)

●生年月日 (年 月 日) 歳

●住所 () (電話)

【診断名】

	糖尿病	
	□有	□無
#1.	※合併症	
	□網膜症	
	□腎症	
	□神経症	
	□無	
	□不明	
#2.		
#3.		

【検査結果】

検査日: 令和 年 月 日

●尿検査 (早朝尿・随時尿)	●血圧 (/) mmHg
・尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)	●尿アルブミン () mg/gCr
・尿潜血 (- ± + 2+ 3+)	●血糖 (空腹時・食後 時間) () mg/dl
・尿糖 (- ± + 2+ 3+)	●HbA1c () %
●血清クレアチニン () mg/dl	●その他
●eGFR () ml/min/1.73m ²	()
●腎エコー (有・無)	
●腎生検(予定含む) (有・無)	
●尿蛋白/尿クレアチニン比 () g/gCr	

【医師の意見】

【今後の方針】

二次医療機関 (腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科) で継続受診

二次医療機関と一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー

一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー (医療機関名)

その他 ()

【保健・栄養指導】 (該当箇所には☑してください)	<当院で実施> <市町に依頼>		【二次医療機関】
●食事指導	・エネルギー () kcal	<input type="checkbox"/>	<医療機関名称>
	・塩分 () g	<input type="checkbox"/>	診療科: <input type="checkbox"/> 腎臓内科
	・カリウム制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科
	・コレステロール制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
	・プリン体制限	<input type="checkbox"/>	<医師氏名>
●運動指導		<input type="checkbox"/>	
●服薬指導・確認		<input type="checkbox"/>	
●禁煙指導		<input type="checkbox"/>	
●その他()		<input type="checkbox"/>	

※指示量がないものについては、各種ガイドラインに沿って指導を行う

各市町提出用

二次医療機関 控

市町名()

病院(医院)

年 月 日

先生

【患者】

(健診日: 年 月 日)

- 氏名 ()
- 性別 (男・女)
- 生年月日 (年 月 日) 歳
- 住所 () (電話)

【診断名】

- #1.
- #2.
- #3.

糖尿病	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
※合併症	
<input type="checkbox"/> 網膜症	
<input type="checkbox"/> 腎症	
<input type="checkbox"/> 神経症	
<input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 不明	

【検査結果】

検査日: 令和 年 月 日

- 尿検査 (早朝尿・随時尿)
 - ・尿蛋白 (- ± + 2+ 3+)
 - ・尿潜血 (- ± + 2+ 3+)
 - ・尿糖 (- ± + 2+ 3+)
- 血清クレアチニン () mg/dl
- eGFR () ml/min/1.73m²
- 腎エコー (有・無)
- 腎生検(予定含む) (有・無)
- 尿蛋白/尿クレアチニン比 () g/gCr
- 血圧 (/) mmHg
- 尿アルブミン () mg/gCr
- 血糖 (空腹時・食後 時間) () mg/dl
- HbA1c () %
- その他 ()

【医師の意見】

【今後の方針】

- 二次医療機関 (腎臓内科・糖尿病内科・泌尿器科) で継続受診
- 二次医療機関と一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー
- 一次医療機関(かかりつけ医)でフォロー (医療機関名)
- その他 ()

【保健・栄養指導】 (該当箇所には☑してください)

	<当院で実施>	<市町に依頼>
●食事指導		
・エネルギー () kcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・塩分 () g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・カリウム制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・コレステロール制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・プリン体制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●運動指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●服薬指導・確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●禁煙指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【二次医療機関】
<医療機関名称>
診療科: <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科
<医師氏名>

※指示量がないものについては、各種ガイドラインに沿って指導を行う

二次医療機関控

(緊急受診用)

二次医療機関の先生へ

この方は『粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム』（裏面参照）により緊急受診のご紹介をしています。

下記のとおりよろしく申し上げます。

- 保険診療（患者負担）であることを説明の上、精査と治療をお願いします。
- 様式2号-1はかかりつけ医がいる場合の連絡票送付用にご利用ください。
- 様式2号-2を別添封筒により行政（市町）宛、郵送してください。

<問い合わせ先・送付先>

<かかりつけ医療機関返信用>

※枠を切り取って封筒の貼付用としてご利用ください。

郵便番号

.....

住 所

.....

医療機関名

.....

主治医名

..... 先生

(緊急受診用)

事 務 連 絡
令和 年 月 日

(かかりつけ医) 殿

(市・町)

粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システムにおける緊急受診の報告について

平素より、保健行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
特定健康診査の結果、粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システム（裏面参照）により、貴院に通院しておられます下記の患者様を二次医療機関へ緊急紹介しましたのでご報告いたします。

なお、緊急受診の結果につきましては、受診後、二次医療機関から「粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム連絡票」によりご報告がありますことを申し添えます。

記

1 氏 名 _____

2 生年月日 (年齢) _____ () 歳

<問い合わせ先>

粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システムにおける保健指導実施後の報告

〇〇〇 クリニック
〇〇〇〇 先生

令和 年〇月〇日
〇〇町〇〇健康課

粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システムにより、ご依頼のありました方へ保健指導を実施いたしましたので、ご報告します。

氏名: (男・女) 生年月日: 昭和 年 月 日 () 歳

住所:

【指導年月日】 令和 年 月 日 (訪問・電話・手紙・その他) を実施

【指導内容】

食事について

生活(運動・禁煙)について

その他(血圧等)

【今後の対応】

【次回の受診日について】

〇月 〇日頃に貴院へ受診されるとのことです。よろしくお願いいたします。

<主治医の先生へお願い>

来年も健診を受けていただくよう、ご指導をよろしく
お願いします。

<問い合わせ先>

糟屋郡〇〇町〇〇 〇番〇
〇〇課〇〇係 担当: 保健師〇〇
栄養士〇〇

電話: (092) 111-2222

FAX: (092) 111-3333

6 Q&A

6 Q&A

(1) 一次医療機関用

Q1:対象者の方へは、どのように連絡票を渡されるのですか？

A1：行政（市町）によって異なります。

集団健診の受診者の方は、健診機関から案内通知と受診勧奨パンフレットを同封の上、直接送付される場合と、結果説明会において、説明、手渡しする場合とがあります。

医師会集合契約医療機関で個別健診を受診された方へは、市町に一旦検査結果が送付された後、市町から対象者へ送付もしくは直接手渡します。

緊急受診の対象者については、直接電話、面接等で説明し、郵送若しくは手渡しとなります。

Q2:当医療機関で個別健診を受診され、システムの紹介基準に該当する方へはどのように対応したらよいのでしょうか？

A2：個別健診を受診された方へは、行政（市町）に一旦検査結果が送付された後、行政（市町）から対象者へ連絡票をお渡しすることになります。

貴院で結果説明をされる際に、後日、行政（市町）から連絡があることを説明していただくと助かります。

なお、緊急性が高く、二次医療機関への紹介を急ぐと判断されるケースがあれば、市町にご連絡ください。

Q3:連絡票を記載することにより、診療情報提供料の保険請求ができるのですか？

A3：連絡票は、必要最低限、簡単に記載できるよう作成していますので、診療情報提供料の要件を満たしていません。ご理解、ご協力をお願いします。詳細な診療情報提供が必要な場合には、お手数とは思いますが、別に文書を添付してください。

なお、「医科点数表の解釈」で診療情報提供料（I）については、下記のとおりとなっております。

紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、定める様式（別紙様式 11※25 ページ参照）又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。

また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

「医科点数表の解釈」より一部抜粋

Q4:二次医療機関を紹介するにあたって、連絡票の内容だけでは、患者さんの状況が伝わらないと思うのですが？

A4：連絡票は、必要最低限、簡単に記載できるよう作成しています。他に伝えたい内容等があれば、別文書の添付をお願いします。なお、診療情報提供料の取り扱いについては、A3をご参照ください。

Q5:すでに腎臓専門医・糖尿病専門医に受診したことがある患者さんについてはどのように対応したらよいのでしょうか？

A5：すでに腎臓専門医・糖尿病専門医にも受診している場合は、あらためてシステムによる紹介は必要ありません。様式1号【医師の意見】の欄にその旨を記載の上、様式1号-1のみ市町へ返信をお願いします。

Q6:緊急受診の場合は、かかりつけ医があっても、市町から直接二次医療機関へ紹介されるのですか？

A6：緊急受診は、緊急性が高いことから、行政（市町）が直接対象者に説明を行い、速やかに二次医療機関を受診するよう勧奨します。（ケースの状況によっては、事前に行政（市町）からかかりつけ医にご相談することがあります。）

かかりつけ医へは二次医療機関へ受診勧奨した旨を文書で報告いたします。（17ページ参照）

Q7:[行政(市町)への指導依頼内容]にチェックを付けたらどのように対応されるのですか？

A7：行政（市町）の保健師、管理栄養士が患者さんに連絡をし、各種のガイドラインや日本腎臓学会マニュアル、糖尿病治療ガイド等を参考に、主治医からのご依頼の内容に基づいて、生活状況をみながら、保健指導、栄養指導を行います。

場合によっては、電話等で再度ご指示をいただく場合があると思いますが、連絡票の依頼内容に指示エネルギー量や塩分、カリウム制限の有無等を指示していただきますよう、よろしく願いいたします。

なお、保健指導、栄養指導した内容については、文書で報告いたします。

Q7:[今後の受診状況]の 継続受診不要 にチェック☑を付けた場合の対応は？

A7：患者さんに対し、今後も継続して年1回の特定健康診査を受診されるよう勧奨していただきますようお願いいたします。

6 Q&A

(2) 二次医療機関用

Q1:患者さんが連絡票を忘れた場合はどのように対応したらよいのでしょうか？

A1: 次回の診療時に持参するようご指導ください。

二次医療機関での次回診療予定がない場合は、二次医療機関から行政へ問い合わせいただき、連絡票再発行等について御相談ください。

Q2:連絡票の内容だけでは、患者さんの状況が充分わかりません。

A2: 連絡票は、必要最低限、簡単に記載できるよう作成しています。必要な情報があれば、一次医療機関（かかりつけ医）へ情報提供を求めていますようお願いします。

Q3:泌尿器科への紹介で来院された場合は、どのように対応したらよいのでしょうか？

A3: 連絡票（様式2号）により、一次医療機関（かかりつけ医）、市町への返信にご協力をお願いします。情報として、別文書が必要な場合は、添付してください。

Q4:かかりつけ医と併診が必要で、かかりつけ医がない場合はどこへ紹介したらよいのでしょうか？

A4: 患者さんと相談の上、通常の診療と同様の方法で紹介をお願いします。
なお、CKD関係の紹介先の選定にあたっては、別添「一次医療機関名簿」を参考にしてください。

Q5:二次医療機関から二次医療機関へ紹介する場合はどのように対応したらよいのでしょうか？

A5: 通常の診療と同様の方法で紹介をお願いします。連絡票（様式2号）の【今後の受診状況】欄の「その他」に二次医療機関へ紹介した旨を記載ください。

Q6:行政(市町)では、どのような保健指導がなされるのでしょうか？

A 6：必要な場合、行政（市町）の保健師、管理栄養士が本人に連絡をし、各種のガイドラインや日本腎臓学会のマニュアル、糖尿病治療ガイド等を参考に、主治医からの指示に基づいて、生活状況を見ながら、保健指導、栄養指導を行います。場合によっては、電話等で再度ご指示をいただく場合があると思いますが、連絡票の依頼内容に指示エネルギー量や塩分、カリウム制限の有無等を指示していただきますよう、よろしくお願いいたします。

行政（市町）で継続した保健指導が必要な場合は、【医師の意見】の欄にその旨を記載し、本人へ市町の保健師から連絡がある旨の説明をお願いします。

実施しました保健指導・栄養指導につきましては、文書にて報告させていただきます。

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に照会先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。