

CKD紹介基準チェックシート（紹介状に添付してください）

紹介基準 <input checked="" type="checkbox"/> または <input type="checkbox"/>	① 40歳未満	eGFR 60未満	④ 尿タンパク (2+)以上
	② 40歳以上70歳未満	eGFR 45未満	⑤ 尿タンパク (1+)以上 かつ 尿潜血(1+)
	③ 70歳以上	eGFR 40未満	※ ④、⑤は年齢問わず

□ SGLT2阻害薬の導入が必要となった場合：下記のいずれかを選択してください

（ 自院で導入可能 ・ 専門医での導入希望 ・ どちらでも良い ・ その他 ）

□ 腎性貧血への下記の治療が必要となった場合に自院で対応可能なものに○をしてください。

（ エリスロポエチン製剤（注） ・ HIF-PH阻害薬 ・ いずれも不可 ）

□ その他、ご要望があればご記入ください（例：栄養指導希望など）

- このシートとは別に診療情報提供書を作成してください（紹介基準も記載された専用の情報提供書も適宜ご活用ください）
- 検診でCKDの指摘を受けた場合でも各医療機関にて改めて腎機能評価および尿検査をしてください。
- 紹介基準に該当していなくても必要と判断されれば紹介して下さい。
 例) 腎機能の低下のスピードが早い (eGFRが1年間で1以上の低下がみられる)