

(A) 市町村 → 一次医療機関 連絡票			
市町村記入欄	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 受診勧奨 (<input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 未受診)	
	フリガナ氏名	様 (男・女)	生年月日 T・S・H 年 月 日(歳)
	住所	電話	(連絡のつきやすい番号、携帯など)
	健診結果	健診受診日：平成 年 月 日 (可能であれば健診結果を添付) ・身長 () cm ・尿蛋白 () ・血清 Cr値 () mg/dl ・体重 () kg ・尿潜血 () ・eGFR () ・BMI () ・HbA1c () %	

(B) 一次医療機関 再検査結果			
受診日	平成 年 月 日 (連絡票を持って受診した日)		
再検査結果	・尿蛋白 () ・尿潜血 () ・血清Cr値 () eGFR () ・HbA1c () %	追加検査 (施行した場合のみ)	・尿蛋白 / 尿Cr比 () g/gCr ・尿アルブミン / 尿Cr比 () mg/gCr ・その他

下記の (C) (D) いずれかを記載してください。

腎専門医紹介基準のいずれかに該当した場合、本紙と様式 3 (診療情報提供書)を田川市立病院にFAXして下さい。

(C) 一次医療機関 → 田川市立病院 (医療連携室 FAX 0947-46-5030)	
該当項目に✓	<input type="checkbox"/> eGFR < 45 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 (1+) 以上 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 (±) で、尿潜血 (1+) 以上 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 (±) で、eGFR < 60 <input type="checkbox"/> HbA1c ≥ 6.5 で、尿蛋白 (1+) 以上 ※ 尿蛋白 (±) は 尿蛋白/Cr ≥ 0.15 (1+) は 尿蛋白/Cr ≥ 0.50 に相当 ※ 尿蛋白 (1+) は 尿Alb/Cr ≥ 300 に相当
その他、付記すべき事項があれば、「様式 3」または診療情報提供書に記載してください。	
患者さんが連絡のとりやすい時間帯・曜日 () ※ 後日、市立病院より受診予約について連絡があります	

腎専門医紹介基準に該当しなかった場合、本紙を下記の市町村に郵送してください。

(D) 一次医療機関 → 市町村 連絡票 (郵送)	
今後の治療計画(予定)	<input type="checkbox"/> 経過観察は不要です (※ 年に 1 回の特定健診の受診を勧めてください) <input type="checkbox"/> 経過観察します (カ月後) <input type="checkbox"/> 治療が必要 ⇒ 当院で治療予定：主な内容 () ⇒ 上記以外で他の専門医へ紹介：医療機関名 ()
市町村保健指導	<input type="checkbox"/> 必要 保健師・栄養士への指示 <input type="checkbox"/> 必要ない ()

一次医療機関名：	市町村名：
住所：	住所：
連絡先：	連絡先：
医師名：	担当者名：