



乙訓CKD連携パスご協力のお願い

腎臓内科・透析センター

当院腎臓内科は透析させない科を目指し、患者さんの腎臓を守る取組みを推進してまいりました。この度、さらなる取り組みとして、かかりつけの先生方と協業して、乙訓CKD連携パスを運用させ、透析への移行を阻止していきたいと考えております。お力添えのほど、よろしくお願いいたします。

I. 初回 ご紹介いただく際の流れ

乙訓CKD連携パスは、紹介基準をわかりやすくし、相互に十分な情報が伝わり、且つ医師の紹介状作成の負担を軽減することを目的に作成しました。連携パスは①～③の流れとなります。

①eGFR、蛋白尿区分をご確認いただき、下図のように「紹介」に該当するようでしたら、次の②に進んでください。

該当に○をつける		蛋白尿区分		A1	A2	A3
		尿蛋白定性		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
		尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		0.15 未満	0.15～0.30	0.30 以上
eGFR (mL/min/1.73m ²)	G1	正常～高値	≥90	血尿+なら紹介	血尿+なら紹介	紹介
	G2	正常～軽度低下	60～89	血尿+なら紹介	血尿+なら紹介	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	40歳未満紹介	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30-44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介	

②下の例のように、紹介目的にチェックをいれて、患者情報、尿定性結果、血清Cr、eGFR等 貴院の検査結果をご記載いただき、地域連携室にFAXください。併せて紹介予約申込票もご送付ください。原本は、受診時にご持参下さい。

紹介目的 (複数選択可)

- 今後の治療方針
- 患者教育
- 食事指導
- 腎障害の原因を探索
- 検査 ()
- その他 ()

乙訓CKD地域連携クリニカルパス

CKDパス初回用

診察情報提供書 (乙訓CKD連携)

紹介先医療機関 令和 年 月 日
済生会京都府病院 腎臓内科 先生

紹介元医療機関名
医師名
住所
電話番号

紹介目的 (複数選択可)
 今後の治療方針
 患者教育
 食事指導
 腎障害の原因を探索
 検査 ()
 その他 ()

患者氏名 性別 男・女

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

住 所 電話番号

既往歴

現 病 歴

現在の処方 処方箋の写し添付・お薬手帳持参で結構です

尿定性結果				尿アルブミン定量	尿蛋白定量
糖	(-) (±) (+) (++)以上				
蛋白	(-) (±) (+) (++)以上			mg/gCr	g/gCr
潜血	(-) (±) (+) (++)以上				
血清Cr	1.6 mg/dL	eGFR	31.4 mL/min/1.73m ²	HbA1c	%

尿定性結果				尿アルブミン定量	尿蛋白定量
糖	(-) (±) (+) (++)以上				
蛋白	(-) (±) (+) (++)以上			mg/gCr	g/gCr
潜血	(-) (±) (+) (++)以上				
血清Cr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²	HbA1c	%

➡ 済生会京都府病院 地域医療支援室
FAX: 075-956-3825

Ⅱ. 2回目以降の受診

当院から御紹介した際に共通目標とさせていただいた血圧や、貴院で継続診療をお願いしております項目(体重、浮腫、合併症の有無、検尿、採血など)に異常がみられる場合、またはバリエーション(進行する腎機能障害、持続する高K血症、貧血等)に該当しましたら、下記のようにバリエーション項目に☑を入れ、受診希望日をご記載いただき、**当院 地域連携室にFAXください。**原本は、**受診時に持参**頂くよう患者さんにご指示ください。

バリエーション

なし

進行する腎機能障害

持続する高カリウム血症

貧血の進行 (Hb1.0/月以上の低下)

浮腫の増強 (体重増加 3kg/月以上)

コントロールできない高血圧

続く食思不振

尿蛋白増加

尿潜血の出現

合併症の出現

バリエーションに☑が入りましたら
受診日を変更しますので、下記
に受診希望日をご記入ください

項目に当てはまるものが
ございましたら☑を入れ
てください。

※採血採尿結果はコピーの添付で結構です。
変化がある場合のみの記入でも結構です。

患者さんの状態	検査値 (/)	変化
体重		
血圧		
浮腫		
合併症の出現		
尿潜血		
尿蛋白定性		
尿蛋白定量		
Cr		↑・→・↓
eGFR		↑・→・↓

体重、血圧、浮腫の状況
などの変化を記入ください。
採血・採尿の結果は、
貴院書式のコピーを添付
いただくだけで結構です。
変化がある項目のみ記入
でも結構です。

受診希望日 **令和 4 年 4 月 1 日**

コメント (特に変わりなければ、記入不要です)

バリエーションが生じ、予約日を変更する場合は、こちらに受診希望日を記載ください。こちらに記載いただければ、紹介予約票のFAXは不要です。

貴院診療の中で、お気付きの点がございましたら、ご記入ください。変化がなければ記載不要で結構です。

処方内容 (処方箋のコピーでも結構です。)

処方内容は、貴院の処方箋コピーを添付いただける場合は記載不要です。

第2版：2022年3月

➡ 済生会京都府病院 地域医療支援室
FAX：075-956-3825

乙訓CKDパスは、かかりつけ医療機関様の協力なしでは、力を発揮することができません。ご不明な点、ご要望などございましたら当科、または地域連携室まで遠慮なくご相談ください。

腎臓内科・透析センター