

福島市生活習慣病重症化予防プログラム

福島市医師会
福島県立医科大学
腎臓高血圧内科学講座
先端地域生活習慣病治療学講座
糖尿病内分泌代謝内科学講座
循環器内科学講座
福島歯科医師会
福島薬剤師会
全国健康保険協会福島支部
福島市

1. 経過

- 福島市では、生活習慣病と共通の重症化経路を有する病態として慢性腎臓病（CKD）に着目した。そこで心血管病（脳血管疾患・心血管疾患等）、末期腎不全、末梢動脈疾患といった生活習慣病の重大な合併症への進行を予防するためにCKD患者を対象とした「福島市CKD（慢性腎臓病）重症化予防連携システム」を策定し、2016年（平成28）1月20日より運用を開始した。
- 一方、国は高齢化と生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者の増加により、その合併症である大血管障害や細小血管障害（網膜症・腎症・神経障害）が、患者の健康寿命やQOLを著しく損ない、医療経済も含めた社会の負担となるとの問題認識のもと、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省による糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を主導した。2016年3月24日には同協定の締結に至り、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下、国プログラム）を策定した。国の動向を受け、福島県でも2017年（平成29）12月11日に、福島県医師会、福島県糖尿病対策推進会議及び福島県による「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下、県プログラム）が策定され、2018年（平成30）1月31日に3者の連携協定が締結された。
- 福島市では、糖尿病性腎症（糖尿病性腎臓病）を「糖尿病が関連するCKD」として捉えるととともに、しばしば重複する糖尿病以外の生活習慣病も含めた包括的なリスク管理が重要と考え、2018年（平成30）10月31日に「福島市CKD（慢性腎臓病）重症化予防連携システム」を発展させた「福島市生活習慣病重症化予防プログラム」（以下、本プログラム）を策定した。

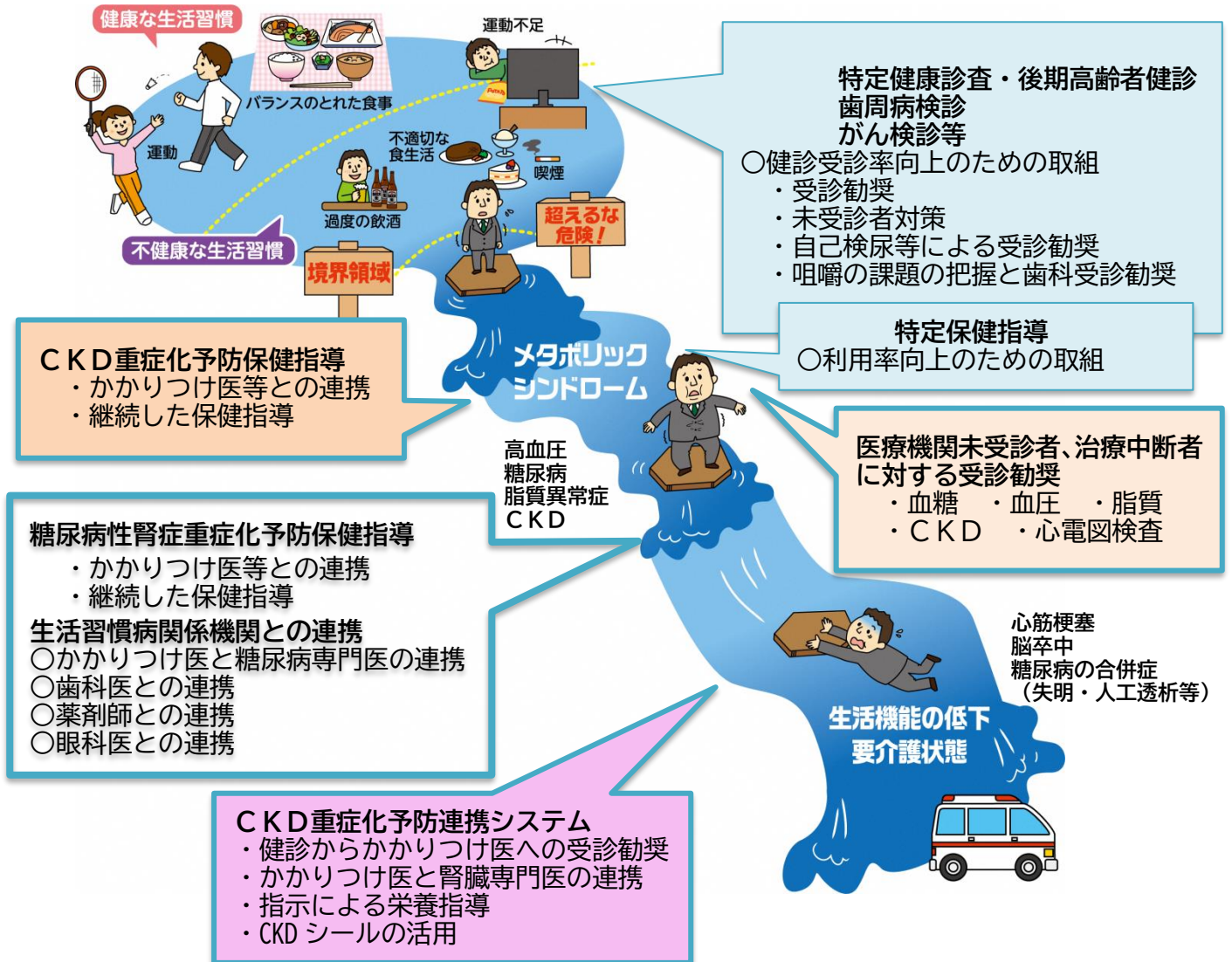
本プログラムの適切な運用に向け関係機関の理解と更なる連携強化を図るため、2019年（平成31）2月28日に、福島市医師会・福島県立医科大学・福島歯科医師会・福島薬剤師会・全国健康保険協会福島支部と包括連携協定を締結した。

- 国は2019年（平成31）4月に、医師会との連携やアウトカム評価の取組の強化、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を効果的に実施し、重症化予防の取組の質を高めるため、国プログラムを改定。福島県は2021年（令和3）1月に、対象者の明確化やかかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準の明示、標準様式の作成についての改定を行った。
- 福島市においても2022年（令和4）3月に、対象者をより明確化し、効果的な保健事業を実施するため改定を行なった。
- 国は2024年（令和6）3月に、ライフコースアプローチの観点から年齢層（青壮年層、高齢者）を考慮した取り組みの推進などを追加し国プログラムを改定。このことを受け2025年（令和7）1月、福島県において対象選定の考え方、保健指導の優先順位等を加えた県プログラムの改定を行った。
- 福島市では、2025年3月に、対象選定の見直しと一部県プログラムの様式とする改定を行った。

2. 本プログラムの目的

- 本プログラムは、生活習慣病が重症化するリスクが高い対象者を選定し、保険者や医療関係者等の関係機関が連携して重症化予防対象者へ必要なアプローチを行い、心血管病、末期腎不全等への重症化を防止していくことを目的とする。また、住民の健康保持・増進、QOLの維持とともに、医療費の適正化を図っていくものとする。
- 本プログラムは、生活習慣病全般を網羅的に対象とするが、糖尿病患者が増加傾向にあること、糖尿病による合併症の人工透析が増加していることから、「糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導」を特別に記載する。また、CKDの進行が生活習慣病の重症化と共通経路をたどる病態と捉え、CKDに対する保健指導を記載した。

福島市生活習慣病重症化予防プログラムのイメージ



3. 取組に当たっての関係機関の役割

福島市における重症化予防の取組に関する検討及び実施にあたっては、各関係機関がそれぞれの役割分担を念頭に密接に連携して対応するものとする。

役割分担の内容については、「福島市生活習慣病重症化予防プログラム・関係機関の役割」(P.11)のとおりとする。

4. 特定健康診査等、健診受診率の向上に向けた取組

生活習慣病は自覚のないまま進行するため、健診は対象者個人が自ら健康状態を理解して生活習慣を振返る絶好の機会となることから、生活習慣病の予防や重症化予防のため受診率向上に向けた取組を行う。

- (1) 保険者は、特定健康診査受診率・特定保健指導利用率向上のため、未受診者対策を実施し、あわせて、市民検診（がん検診、歯周病検診など）の受診勧奨を積極的に行う。
- (2) 福島市医師会は、各医療機関で市民検診の受診勧奨を行う。
- (3) 福島歯科医師会は、歯周病検診の受診率向上に努めるとともに市民検診（特定健康診査、がん検診など）の受診勧奨を行う。
- (4) 福島薬剤師会は、各薬局で市民検診の受診勧奨を行う。あわせて、希望者に自己検尿を勧め、結果値によりかかりつけ医への受診勧奨や健診を受診する契機づくりを行う。

5. 医療機関未受診者、治療中断者に対する受診勧奨

健診受診者には、対象者自らの生活習慣等の問題点を発見・意識できるようにすることで、疾病予防及び早期受診につながるように支援する。特に専門的な治療を開始すべき対象者には、確実に受診勧奨を行う。

(1) 対象者の基準

① 血糖値

空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上の者

（保険者の実情に合わせて、特定健診、後期高齢者健診、薬局で実施する血糖検査及び HbA1c 自己測定の結果から抽出して受診勧奨の対象とする。）

② CKD

尿蛋白+以上又は推算糸球体ろ過量（eGFR）45ml/分/1.73 m²未満の者

（保険者の実情に合わせて、特定健診、後期高齢者健診、薬局で実施する自己検尿の結果から抽出して受診勧奨の対象とする。）

③ 血圧

収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 以上の者

④ 脂質

中性脂肪 300mg/dl 以上又は HDL-コレステロール 35mg/dl 未満、LDL-コレステロール 140mg/dl 以上（動脈硬化性疾患予防ガイドラインを参考にリスク評価を行い個別に判断する。）の者

⑤ 心電図検査

所見（異常 Q 波、ST の変化、陰性 T 波、心房細動など）のある者

⑥ その他

肝機能検査、貧血検査、眼底検査の結果で、受診勧奨の者

¹ 本プログラムにおける保険者とは、「全国健康保険協会福島支部」「福島市」となる。

(2) 受診勧奨の方法

保険者は、対象者の状況に応じて、次のいずれかのうち保険者が適当と認める方法により、医療機関の紹介を含めて受診勧奨を行う。

- ・ 特定健診等結果通知と併せて受診勧奨
- ・ 特定健診等結果通知とは別の郵便対応による受診勧奨
- ・ 電話による概要説明と受診勧奨
- ・ 個別面談、戸別訪問による詳細説明と受診勧奨
- ・ その他、保険者が適当と判断する方法による受診勧奨等

※ 勧奨を行っても対象者が受診していない場合、保険者は引き続き受診勧奨（状況によっては強めの受診勧奨）を行って、対象者が確実に医療機関受診に繋がるよう努めていく。

(3) 治療中断者

- ① 保険者は、治療継続していることを確認するため、経年で健診結果を把握し、健診未受診の場合は健診受診勧奨や受療状況の確認を行う。
- ② 過去に糖尿病等の治療歴があるが、6ヵ月経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者を抽出し受診勧奨を行う。

6. 糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導

保険者は、重症化予防対象者に対してかかりつけ医、眼科医、歯科医、薬剤師と連携して適切な保健指導を行う。

(1) 重症化予防対象者の抽出基準

保健指導を行うべき重症化予防対象者は、2型糖尿病（疑いを含む）で通院中の者とする。特に優先すべき対象者は、次の①から③に該当した者を基準とする。

- ① 特定健診等の結果から抽出する場合は、次に該当する者
 - ア 空腹時血糖 126mg/dl（随時 200mg/dl）上又は HbA1c 6.5%以上の者
 - イ 尿蛋白+以上又は推算糸球体ろ過量（eGFR）60ml/分/1.73m²未満の者
- ② 診療情報、レセプト情報から糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者。
 - ア 検査値より腎症4期：eGFR30ml/分/1.73m²未満
 - イ 検査値より腎症3期：尿蛋白陽性 0.5g/gCr 以上
 - ウ レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている
 - エ 腎症2期以下の場合には次の情報を参考とする。

- ・ eGFR45ml/分/1.73m²未満
- ・ eGFR60ml/分/1.73m²未満のうち、年間 5ml/分/1.73m²以上低下
- ・ 糖尿病網膜症の存在
- ・ 微量アルブミン尿（30～299mg/gCr）の確認、あるいは尿蛋白（±）※
- ・ 高血圧のコントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢 150/90mmHg）

※ 保険者はアルブミン尿の情報を有していないことから、医療機関においては尿アルブミンの測定を実施（推奨）して、その結果を基に保険者へ適切な指示を行う。

※ 糖尿病に加えて、尿蛋白定性検査の結果が尿蛋白+以上の場合は、病期が第3期と考えられる。

③ 糖尿病性腎症は発症していないが、種々のリスク要因を有し保険者が必要と認めた者

ア 高血圧の者（収縮期 140mmHg 以上、拡張期 90mmHg 以上）

イ 喫煙者

ウ 脂質異常（LDL-C140mg/dl 以上、中性脂肪 300mg/dl 以上）を有する者（動脈硬化性疾患予防ガイドラインを参考にリスク評価を行い個別に判断する。）

エ 肥満者（BMI 25 以上、又は腹囲（男性：85cm 以上、女性：90cm 以上）

オ 眼底に糖尿病性変化を認める者

カ 特定健診質問票の歯科に係る問診内容から歯周病および咀嚼障害が疑われ、指導対象とすべき者

なお、次の者については保健指導の対象から除外する。

ア 1型糖尿病の者

イ がん等で終末期にある者

ウ 重度の認知機能障害のある者

エ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防管理料の算定対象になっており、かかりつけ医により適切な管理を受けている者。（ただし、かかりつけ医が必要と認めたものについては、保険者の判断で対象とする。）

オ その他の疾患を有しており、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(2) 保健指導実施手順

保険者は、保健指導対象者について市医師会及びかかりつけ医と連携した上で保健指導を実施する。

【例】

ア 未受診者、治療中断者に対しては、受診勧奨を行う。

- イ 必要に応じてかかりつけ医に対して実施の説明を行い、了承を得る。
- ウ 保健指導対象者を選定する。
- エ かかりつけ医からの適切な指示を受けて連携を図りながら保健指導を実施する。

(3) 保健指導内容

保健指導は対象者の糖尿病性腎症の病期や合併するリスク要因に応じて適切な内容を保険者が個別に定めることを原則とする。

7. CKD重症化予防対象者への保健指導

保険者は、重症化予防対象者の状態に応じて、かかりつけ医、眼科医、歯科医、薬剤師と連携し適切な保健指導を行う。

(1) 重症化予防対象者の抽出基準

- ① 特定健診等の結果から抽出する場合は、次に該当する者とする
 - ア 尿蛋白+以上
 - イ eGFR60ml/分/1.73 m²未満
- ② 種々のリスク要因を有し保険者が必要と認めた者
 - ア 高血圧の者（収縮期 140mmHg 以上、拡張期 90mmHg 以上）
 - イ 喫煙者
 - ウ 脂質異常（LDL-C140mg/dl 以上、中性脂肪 300mg/dl 以上）を有する者（動脈硬化性疾患予防ガイドラインを参考にリスク評価を行い個別に判断する。）
 - エ 肥満者（BMI 25 以上、又は腹囲（男性：85cm 以上、女性：90cm 以上）
 - オ 急な eGFR 値の低下（年間 5ml/分/1.73m² 以上低下）

(2) 保健指導実施手順

保険者は、保健指導対象者数により、個別保健指導と集団保健指導を組み合わせ実施する。

【例】

- ア 治療が必要な者に対しては、受診勧奨を行う。
 - イ 必要に応じてかかりつけ医に対して実施の説明を行い、了承を得る。
 - ウ 保健指導対象者を選定する。
 - エ かかりつけ医からの適切な指示を受けて連携を図りながら保健指導を実施する。
- (3) 保健指導内容
- 保健指導は対象者のCKDの状態や合併するリスク要因に応じて適切な内容を保険者が個別に定めることを原則とする。

8. かかりつけ医と、糖尿病専門医・腎臓専門医・循環器専門医 ・歯科医師・薬剤師との連携

患者への医療提供にあたり、かかりつけ医と専門医・専門医療機関、歯科医師、薬剤師は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介・逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。

なお、かかりつけ医と各専門医間等との連携について以下に示す。紹介基準・様式については、福島市生活習慣病重症化予防プログラムマニュアルを参照。

- (1) かかりつけ医と糖尿病専門医・専門医療機関糖尿病との連携
連携による紹介基準は、「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」糖尿病日本糖尿病学会作成、日本医師会監修とする。
- (2) かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関との連携
連携による紹介基準は、「慢性腎臓病（CKD）地域連携手順」、「腎臓専門医への紹介基準」に準ずる。
- (3) かかりつけ医と循環器専門医との連携
連携により、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）・弁膜症・不整脈などの早期発見と治療につなげ、増加傾向にある心不全を予防することを目的とする。
連携対象者は、以下の事例が考えられる。

【例】

- ア 症状（労作時息切れ、胸部不快感、収縮期雑音など）
 - イ 心電図検査異常（異常Q波、STの変化、陰性T波、心房細動など）
 - ウ 胸部レントゲン（心陰影拡大など）
 - エ 血液検査（BNP100以上またはNT-prpBNP400以上）
- ※ただし糖尿病がある場合、BNP35以上、NT-prpBNP125以上であれば紹介を検討

- (4) かかりつけ医や医療機関等と歯科医師との連携
連携による紹介対象者は、以下の事例が考えられる

【例】

- ア 動脈硬化性疾患に歯周病を合併した場合
- イ 口腔内衛生管理
- ウ 観血的治療の実施前後の指示
- エ 抗生物質、NSAIDsの使用

- オ 抗凝固薬使用
- カ カルシウム拮抗薬使用
- キ 透析中
- ク 肝炎による感染の可能性、肝障害の程度
- ケ 妊娠中
- コ 糖尿病
- サ ステロイド使用中
- シ 脳血管疾患患者

(5) かかりつけ医や医療機関等と薬剤師との連携

- ① 薬剤師は処方に疑義がある場合は、処方医に疑義照会し調剤を行う。
- ② かかりつけ医等は、お薬手帳や糖尿病連携手帳を活用して薬剤師と連携する。
- ③ 腎機能低下（eGFR：45 ml/分/1.73 m²未満）等、用量の調整が必要な場合、かかりつけ医、又は医師の指示で薬剤師がお薬手帳に Dose Check シールを貼付する。お薬手帳が新しくなる場合は、薬剤師が貼付する。
- ④ 薬剤師は一般薬や健康食品等に関して、かかりつけ医や患者に積極的に情報提供し、お薬手帳に記載することを推奨する。
- ⑤ 薬の服薬や疾患について薬剤師が重要と判断した場合には主治医にトレーシングレポート²を提出する。
- ⑥ カルシウム拮抗薬服用患者への口腔ケア（歯肉肥厚等）の受診勧奨

9. 実施したプログラムの評価

実施したプログラムの評価は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識して行う。

【例】

特定健診受診促進に関する指標

ア 未受診者の新規受診件数

イ 特定健診受診継続率、連続受診率

保健指導の実績評価指標

ア 医療受診勧奨により受診へ繋がった数、率

イ 健診データが改善した者の数、率

ウ 生活習慣改善のための行動変容に繋がった数、率

² 送信方法は FAX または郵送とする。

エ 当該疾病等に係る医療費の状況（中長期的指標）
オ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移（中長期的指標）

医療を中心とした関係機関の連携の評価指標の例として
ア 各種連携（かかりつけ医-専門医、医科-歯科、薬剤師-医療機関）の件数
イ 受診勧奨対象者の医療機関受診率、継続率（中断率）
ウ 治療中断者への受診勧奨数、勧奨後受診率、受診後受診継続率

10. 円滑な事業の実施に向けて

当プログラムの円滑な実施に向けて、福島市医師会、福島県立医科大学（先端地域生活習慣病治療学講座／腎臓高血圧内科学講座／糖尿病内分泌代謝内科学講座／循環器内科学講座）、福島歯科医師会、福島薬剤師会、全国健康保険協会福島支部、福島市において「福島市生活習慣病重症化予防に係る連携協定」を結ぶものとする。

福島市CKD（慢性腎臓病）重症化予防連携システム
2016年（H28）1月20日策定

福島市生活習慣病重症化予防プログラム
2018年（H30）10月31日策定
2020年（R2）3月改定
2022年（R4）3月改定
2024年（R6）3月改定
2025年（R7）3月改定
2026年（R8）3月改定

《福島市生活習慣病重症化予防プログラム・関係機関の役割》

各関係機関の役割は次のとおりとする。

【福島市医師会】

福島市医師会は、プログラムを会員に周知し、保険者によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携の強化等、保険者との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島県立医科大学】

福島県立医科大学は、プログラムが科学的根拠によって作成され、運用できるように、専門的な知識や技術を提供するとともに、かかりつけ医と各専門医との連携の強化等、保険者との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島歯科医師会】

福島歯科医師会は、プログラムを会員に周知し、保険者によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島薬剤師会】

福島薬剤師会は、プログラムを会員に周知し、保険者によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島市】

1 地域における課題の分析

特定健康診査データやレセプトデータを用いて、被保険者の健康状態や疾病構造を分析し、地域の関係機関とともに問題認識の共有を行う。分析にあたっては、保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

2 対策の立案

項番1で明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、重症化予防対象者を選定するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、

様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

その際、福島市医師会等の関係機関と、これらの課題、対策について協議する。

3 対策の実施

項番2の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施にあたっては、福島県糖尿病対策推進会議等による助言や支援を受ける。

4 実施状況の評価

項番3で実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

5 プログラムの位置づけ

プログラムの位置づけは、重症化予防を効果的効率的に実施するものである。福島市の生活習慣病発症予防を含む全体の施策は「ふくしまし健康づくりプラン」等により実施する。

【全国健康保険協会福島支部（以下協会けんぽ）】

協会けんぽは、上記に記載した市の役割と同様に、加入者に係る健康課題の分析、対策の立案、対策の実施、実施状況の評価を行うよう努める。

【福島県糖尿病対策推進会議】

福島県糖尿病対策推進会議は、糖尿病性腎症重症化予防に係る市や保険者の取組について、構成団体へ周知するとともに医学的・科学的観点から助言を行うなど、保険者の取組に協力するよう努めるものとする。

【福島県】

福島県は、保険者における事業の実施を支援する。また、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、福島県医師会や福島県糖尿病対策推進会議等と県内保険者の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

【福島県後期高齢者医療広域連合】

福島県後期高齢者医療広域連合は、事業実施に当たり、関係データを提供するなど支援を行う。

【福島県保険者協議会】

福島県保険者協議会は、プログラムに基づく取組を推進するため、保険者を対象に保健指導の質の向上のための研修等を実施するとともに、保険者との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

福島市生活習慣病重症化予防プログラムマニュアル

目次

<u>慢性腎臓病(CKD)地域連携手順</u>	P1
<u>二次健診項目、腎臓専門医への紹介基準</u>	P2-3
<u>かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準</u>	P4
<u>CKD地域連携協力医・腎臓専門医療機関リスト</u>	P5
1. 紹介様式.....	P6
(様式 B1)【保険者→かかりつけ医】 腎機能 (CKD連携) 紹介	P6
(様式 B2)【かかりつけ医→保険者】 返信 (CKD連携)	P7
(福島県標準様式 3)【かかりつけ医→専門医】 診療情報提供書 (糖尿病・腎症 (CKD)・網膜症・その他)・紹介	P8
(福島県標準様式 4)【専門医→かかりつけ医】 診療情報提供書 (糖尿病・腎症 (CKD)・網膜症・その他)・報告	P9
2. 福島医大附属病院 紹介用.....	P10
福島県立医科大学腎高血圧内科 CKD 対応フローチャート.....	P10-11
福島医大附属病院事前診察申込書 (FAX 用)	P12
(かかりつけ医→腎臓専門医・専門機関) 福島県 CKD (慢性腎臓病) 連携連絡用診療情報提供書	P13
3. 付録資料.....	P14
・ eGFR 男女・年齢別早見表.....	P14
・ CKD 重症度分類 (CGA 分類)	P15
・ CKD における心血管死亡と末期腎不全のステージ別オッズ比.....	P16
・ CKD 患者における CVD 発症の相対危険度.....	P17
・ 動脈硬化性疾患予防ガイドライン「久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル」	P18
<u>かかりつけ医等と糖尿病専門医との連携</u>	P19
1. かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準	P19
2. 糖尿病専門医療機関リスト.....	P20
3. 紹介様式.....	P21
(福島県標準様式 3)【かかりつけ医→専門医】 診療情報提供書 (糖尿病・腎症 (CKD)・網膜症・その他)・紹介	P21
(福島県標準様式 4)【専門医→かかりつけ医】 診療情報提供書 (糖尿病・腎症 (CKD)・網膜症・その他)・報告	P22
<u>かかりつけ医と循環器専門医との連携</u>	P23
1. 紹介様式.....	P23
(様式 F1)【保険者→かかりつけ医】 循環器連携 (心電図精密検査のお願い) 紹介.....	P23

(様式F2)【かかりつけ医→保険者】返信(循環器連携)P24
(様式G1)【かかりつけ医→循環器専門医・専門医療機関】循環器連携 連絡票(紹介)P25
(様式G2)【循環器専門医・専門医療機関→かかりつけ医】循環器連携 連絡票(返信・報告)・P26

かかりつけ医や医療機関等と歯科医師との連携P27

1. 連携による紹介対象者例P27
(様式C1)【医科→歯科医】情報提供書(紹介)P28
(様式C2)【歯科医→医科】情報提供書(返信・報告)P29
(様式D1)【歯科医→医科】情報提供書(紹介)P30
(様式D2)【医科→歯科医】情報提供書(返信・報告)P31

かかりつけ医や医療機関等と薬剤師との連携P32

トレーシングレポート(服薬情報提供書)P32

2025年(R7)3月作成

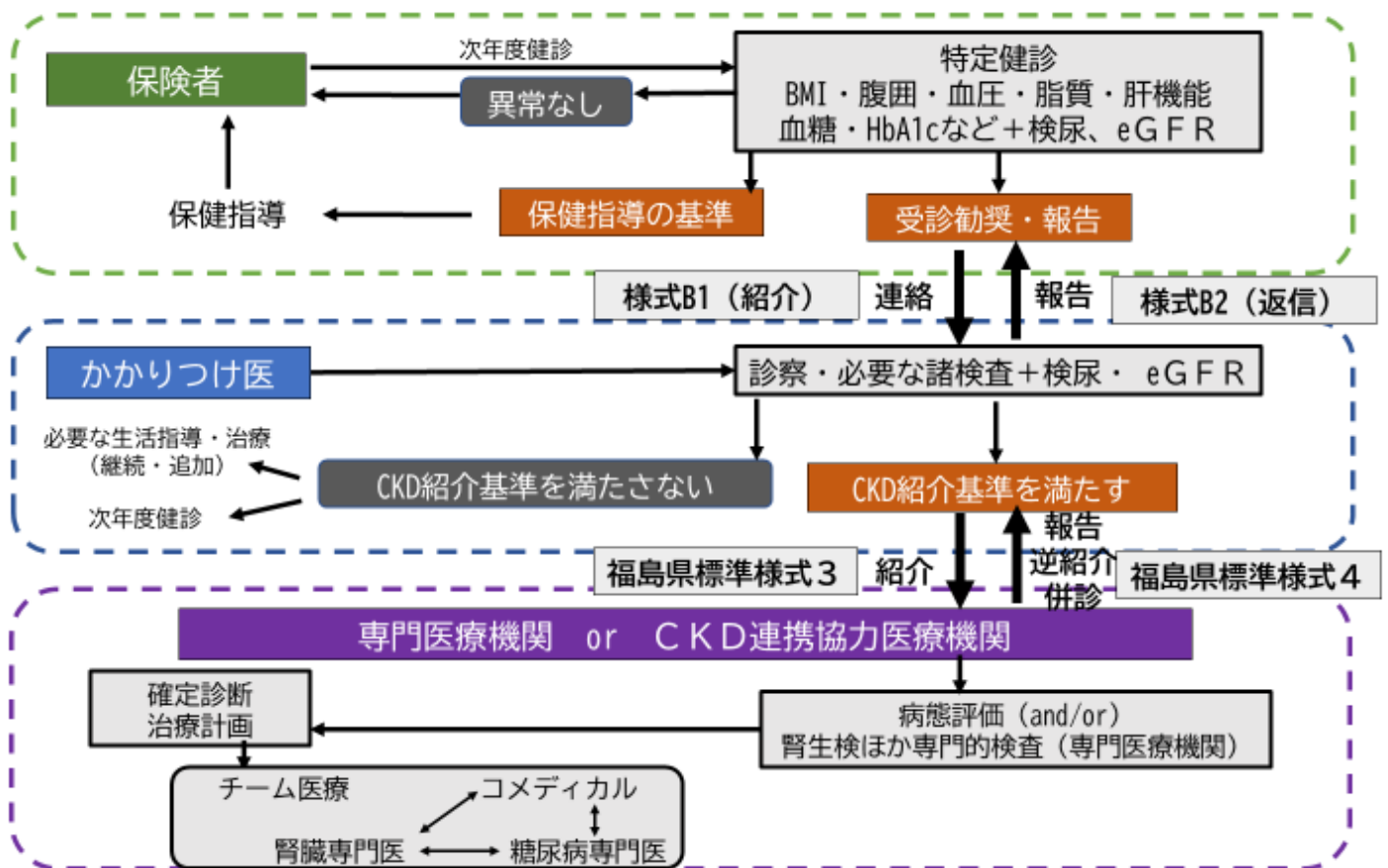
2026年(R8)3月改定

慢性腎臓病（CKD）地域連携手順（福島市医師会）

1. 特定健診受診者は保険者からの受診勧奨を受けて、「様式B1（紹介）」「様式B2（返信）」「返信用封筒」を持参してかかりつけ医を受診します。
2. かかりつけ医は「二次健診（2頁）」を実施します。
 - ①. 受療状況につき「様式B2（返信）」に記入し、「返信用封筒」で保険者に返信。
 - ②. 「専門医への紹介基準（3頁）」に該当する場合は、「福島県標準様式3（紹介用）」を用いて、腎臓専門医またはCKD地域連携協力医（5頁リスト参照）へ紹介
3. 腎臓専門医またはCKD地域連携協力医は必要な精査、方針の検討を行い「福島県標準様式4（返信・報告用）」を用いてかかりつけ医に報告します。

※ 福島県標準様式3と福島県標準様式4は健診に限らず、一般診療中に新規に発生したCKDや、その他腎疾患で連携する場合もご利用いただけます。

図1 CKD地域連携のスキーム



二次健診推奨基準

特定健康診査

1. eGFR45 未満
2. 尿蛋白+以上（尿潜血+以上を伴う場合を含む）
3. eGFR が年間概ね 25%以上低下している場合
4. 尿蛋白±が持続する場合（例：2年連続で±の場合）

二次健診項目

① 尿検査

1. 尿試験紙法（尿蛋白、尿潜血）
2. 尿蛋白定量（尿蛋白/クレアチニン比）

尿蛋白と尿中 Cr を定量し、尿蛋白/Cr 比をとる

- 0.15 (g/gCr)以上で有意の蛋白尿と言えます。
0.5 (g/gCr)以上で高度蛋白尿と判断します。

3. 尿沈渣（尿潜血陽性で新鮮尿を提出できる場合）
 - 赤血球 5-9/HPF（強拡大）以上で有意の血尿と言えます。
 - 変性赤血球、細胞性（赤血球、白血球、顆粒）円柱の存在は糸球体疾患の可能性を示唆します。

② 血清クレアチニン測定

（随時採血）：推算(e-)GFR の算出

腎臓専門医への紹介基準

(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会 2018 (別表) に準拠)

1. eGFR45 未満の場合：蛋白尿の程度にかかわらず
2. eGFR45 以上 60 未満：軽度以上の蛋白尿を認める場合
3. eGFR にかかわりなく：高度蛋白尿を認める場合
4. eGFR にかかわりなく：軽度以上の蛋白尿に血尿を伴う場合
5. 3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合

【蛋白尿の定義】

軽度蛋白尿（微量アルブミン尿）：

0.15～0.49 g/gCr (30～299 mg/gCr)

高度蛋白尿（顕性アルブミン尿）：

0.5 g/gCr (300 mg/gCr)以上

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値 ≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下 60～89	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下 45～59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度～高度低下 30～44	紹介	紹介
	G4	高度低下 15～29	紹介	紹介
G5	末期腎不全 <15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。）
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外にも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
 - ② 糖尿病合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

CKD地域連携協力医、腎臓専門医療機関 リスト

(R8年4月現在 五十音順)

CKD地域連携協力医 (※1)

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	池田医院	池田 和也	飯坂町字若葉町5-1	542-4084	542-4084
2	うめつL内科クリニック	梅津 啓孝	松浪町2-31	536-5225	536-5228
3	大森中央泌尿器科・内科・外科クリニック	横田 崇	大森字街道下70-2	546-3725	546-3726
4	おぎはら泌尿器と腎のクリニック	荻原 雅彦	黒岩字浜井場16-1	572-7587	572-7588
5	奥野胃腸科内科医院	奥野 よしえ	瀬上町字寺前7	553-2658	553-2254
6	さくち医院	菊池 琉美子	大平寺児子塚36	546-2222	546-2215
7	くどう内科・糖尿病クリニック	工藤 明宏	大森字館ノ内74-1	563-1061	563-1062
8	黒岩内科医院	中村 一郎	黒岩榎平64-1	545-7733	545-2641
9	済生会福島総合病院	仲野 淳子	大森字下原田25	544-5171	539-7726
10	佐久間内科	佐久間 隆	陣場町4-8	521-1800	521-1600
11	佐藤医院	佐藤 幹夫	陣場町1-8	522-2489	522-2498
12	さとうクリニック内科消化器科	佐藤 浩明	方木田字中屋敷1-1	545-6111	545-0792
13	さとう内科医院	佐藤 武寿	豊田町4-12	523-4511	523-4511
14	しぎはらクリニック	嶋原 晃	八島田字勝口37	555-3331	555-3332
15	腎・泌尿器科クリニックさかがみ	坂上 善成	丸子字町頭20-13	553-6911	553-6955
16	須川診療所	廣川 健	野田町一丁目12-72	531-6311	531-6386
17	たに内科・糖尿病内科クリニック	谷 牧夫	天神町1-2	572-5736	572-5738
18	手塚クリニック	手塚 徹	御山字清水尻51	535-0550	535-5550
19	とやのクリニック	山本 喜代志	鳥谷野字宮畑64-1	544-1122	544-1919
20	野田循環器・消化器内外科クリニック	野田 真由美	北矢野目字原田59-5	559-1133	559-1132
21	福島県農協会館診療所	重富 秀一	飯坂町平野字三枚長1-1	554-3488	554-3488
22	福島寿光会病院	袖長 安積	北町1-40	521-1370	521-1368
23	福島腎泌尿器クリニック	熊谷 研	森合字屋敷下36-1	557-1815	557-1838
24	福島赤十字病院(糖尿病代謝内科)	佐藤 義憲	八島町7-7	534-6101	531-1721
25	蓬萊東クリニック *	鈴木 穂孝	蓬萊町8-1-1	548-6601	548-6661
26	本田内科医院	本田 慶一朗	飯坂町平野字東原42-12	542-0666	542-0666
27	本間内科	本間 一男	笹木野字小針尻20-5	536-0063	536-2717
28	待井内科クリニック	待井 典剛	南中央1丁目70番地	533-5578	533-5660
29	みずの内科クリニック	水野 兼志	新町8-4プレビル1F	526-4855	526-4870
30	むらおか内科・糖尿病内科・耳鼻咽喉科クリニック	村岡 亮	松川町天王原89	567-2244	567-3577
31	横田泌尿器科	横田 季世士	野田町6丁目6-13	533-9388	533-0085

*要事前TEL

専門医療機関

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	大原総合病院	櫻井 薫	上町6-1	526-0300	526-0342
2	済生会福島総合病院 腎臓内科	江尻 博紀	大森字下原田25	544-5171	539-7726
3	福島県立医科大学附属病院・腎臓高血圧内科(※2)	初診時は内科新患(担当医)	光が丘1	547-1047	547-1075
4	福島セントラルクリニック	林 義満	早稲町8-22	522-7701	522-7717
5	福島赤十字病院 腎臓内科	(腎内担当医)	八島町7-7	534-6101	531-1721
6	わたなべ内科	渡邊 凱	北沢又字寺西19-1	555-1171	555-1172

※1診察曜日、受付時間は各医療機関にご確認ください。

※2医大病院紹介の際は事前診察予約をお願いします。

受付：月～金 9:00 - 11:30

福島県立医科大学附属病院ホームページ：<https://www.fmu.ac.jp/home/renkei/medical>

患者サポートセンターをご参照ください。

●事前診察予約受付(上記TELまたはFAX)を介して予約できます。

●事前診察申込書(FAX用)をコピーしてをご利用下さい。

見本 (福島市国保版、協会けんぽ版もこれに準ずる)

様式 B1【保険者→かかりつけ医】

主治医様

福島市健康づくり推進課

腎機能（CKD連携）紹介

本市国保保健事業につきましては、平素格別のご指導ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、過日実施しました福島市国保特定健康診査において、下記のとおりCKDが疑われる所見がありましたので、ご紹介いたします。ご高診をよろしくお願いいたします。

ご多忙のところ、大変お手数をおかけいたしますが、今後の受療状況につきまして、別紙返書にご記入いただき、同封の返信用封筒にて郵送をお願いいたします。

令和 年 月 日

氏名	男・女	国保番号	島1
生年月日		電話番号	
住所	福島市		
検査値	健診年月日 令和 年 月 日		
	Cr：クレアチニン (mg/dl)		
	eGFR（糸球体ろ過量） (ml/min/1.73 m ²)		
	尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+～)		
尿潜血 (- ± 1+ 2+ 3+～)			
添付資料	・ 特定健康診査結果表 ・ 腎機能（eGFR）の変化 ・ 血糖検査（HbA1c）の変化 ・ その他 ()		

【問い合わせ、連絡先】

福島市健康づくり推進課 検診予防係

電話 525-7680（直通）

FAX 525-5701

担当者名 保健師 _____

見本 (福島市国保版、協会けんぽ版もこれに準ずる)

様式 B2【かかりつけ医→保険者】

福島市 健康づくり推進課 担当者行

返信 (CKD連携)

受診者氏名 _____ 様

受診日 令和 年 月 日

検査結果	Cr : クレアチニン (_____ mg/dl) eGFR (糸球体ろ過量) (_____ ml/min/1.73 m ²) 尿定性 : 蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+ ~) 潜血 (- ± 1+ 2+ 3+ ~) 尿蛋白定量 : (_____ g/gCr) 尿沈渣 : (赤血球 : _____ /HPF、 円柱・その他の所見 _____)
併存症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (加療中 ・ 未治療) <input type="checkbox"/> 肥満(BMI≥25) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
診断 (暫定、疑でも可)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 異常なし
方針	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> 新たにかかりつけ医(当院)で経過観察 (<input type="checkbox"/> 食事・生活指導、 <input type="checkbox"/> 薬物療法) <input type="checkbox"/> 現在の加療を継続 <input type="checkbox"/> 専門(協力)医療機関に紹介 (紹介先 _____)
栄養相談の希望 (有の場合、担当者より、ご本人に連絡いたします)	<input type="checkbox"/> 希望有 ⇒ 【医師指示】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 特に無し (CKD または 併存症 に対する 標準的な値での指導で可) 【指示】 <input type="checkbox"/> カロリー _____ kcal/日 <input type="checkbox"/> たんぱく質 _____ g/kg (標準体重) <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他・要望 (_____)

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____

※お手数ですが添付の封筒にて郵送をお願いします。

医療機関名 ()

先生 御侍史

診療情報提供書（糖尿病・腎症（CKD）・網膜症・その他）・紹介

※該当する疾患名を○で囲んでください。

下記の方は、専門（協力）医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	職業		
住所					
傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
合併症 ・ 基礎疾患	・糖尿病性腎症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・糖尿病性網膜症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・高脂血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・その他 ()				
家族歴					
症状経過					
検査結果	実施日 令和 年 月 日 空腹時血糖 () mg/dl (随時血糖) mg/dl HbA1c () % Cre: クレアチニン () mg/dl eGFR (推定糸球体ろ過量) () ml/min/1.73m ² 尿アルブミン値 () mg/gCr 尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~ または g/gCr 尿潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~ または尿沈渣 その他 ()				
治療経過					
現在の処方	※ご記載いただくか、「お薬手帳」等のコピーを添えてください。				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医（当院）で診療 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関での診療を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()				
連絡事項					

医療機関名
住所
電話番号
医師氏名

医療機関名 ()
科 先生 御侍史

診療情報提供書（糖尿病・腎症（CKD）・網膜症・その他）・報告

※該当する疾患名を○で囲んでください。

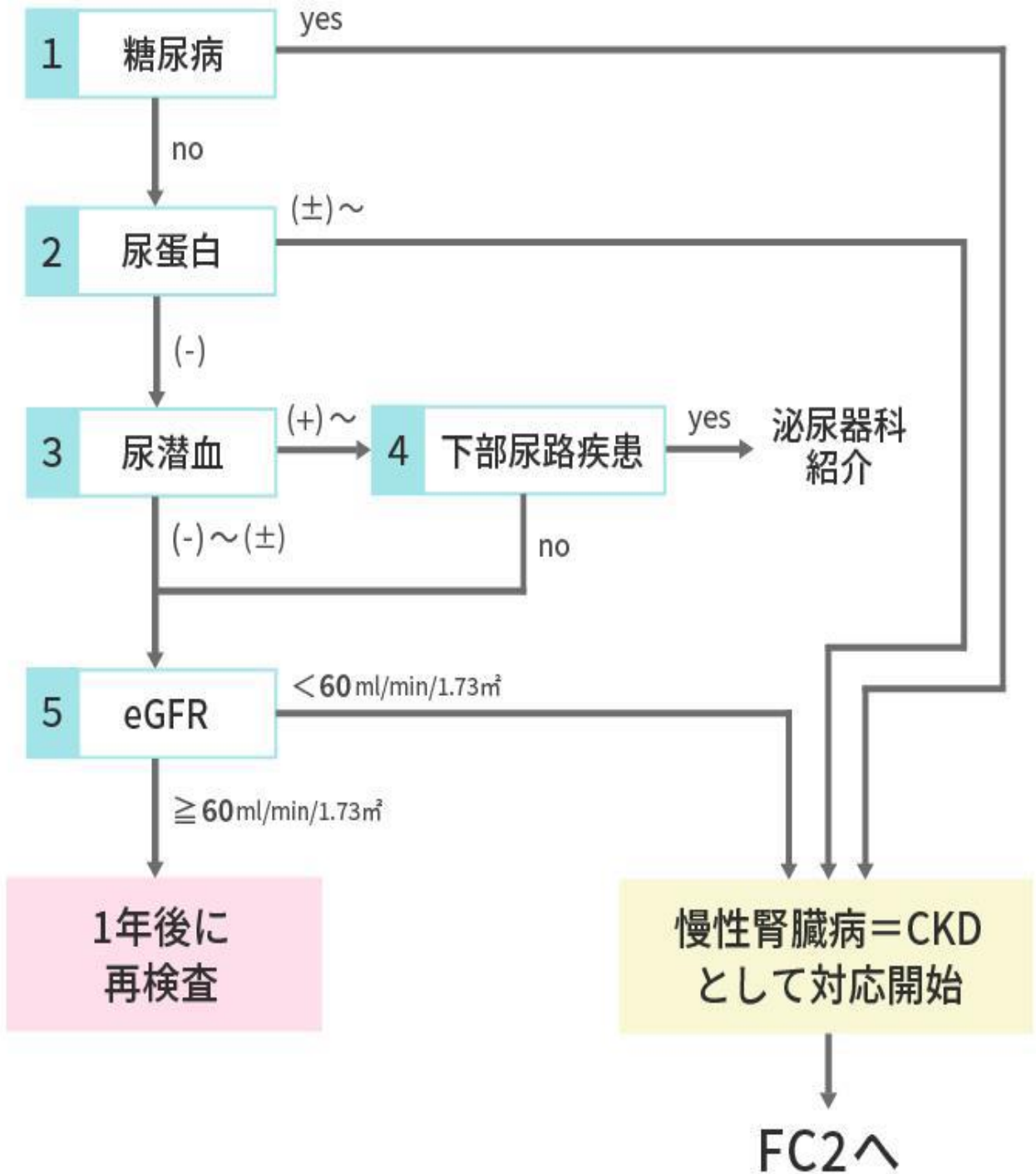
下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日： 令和 年 月 日

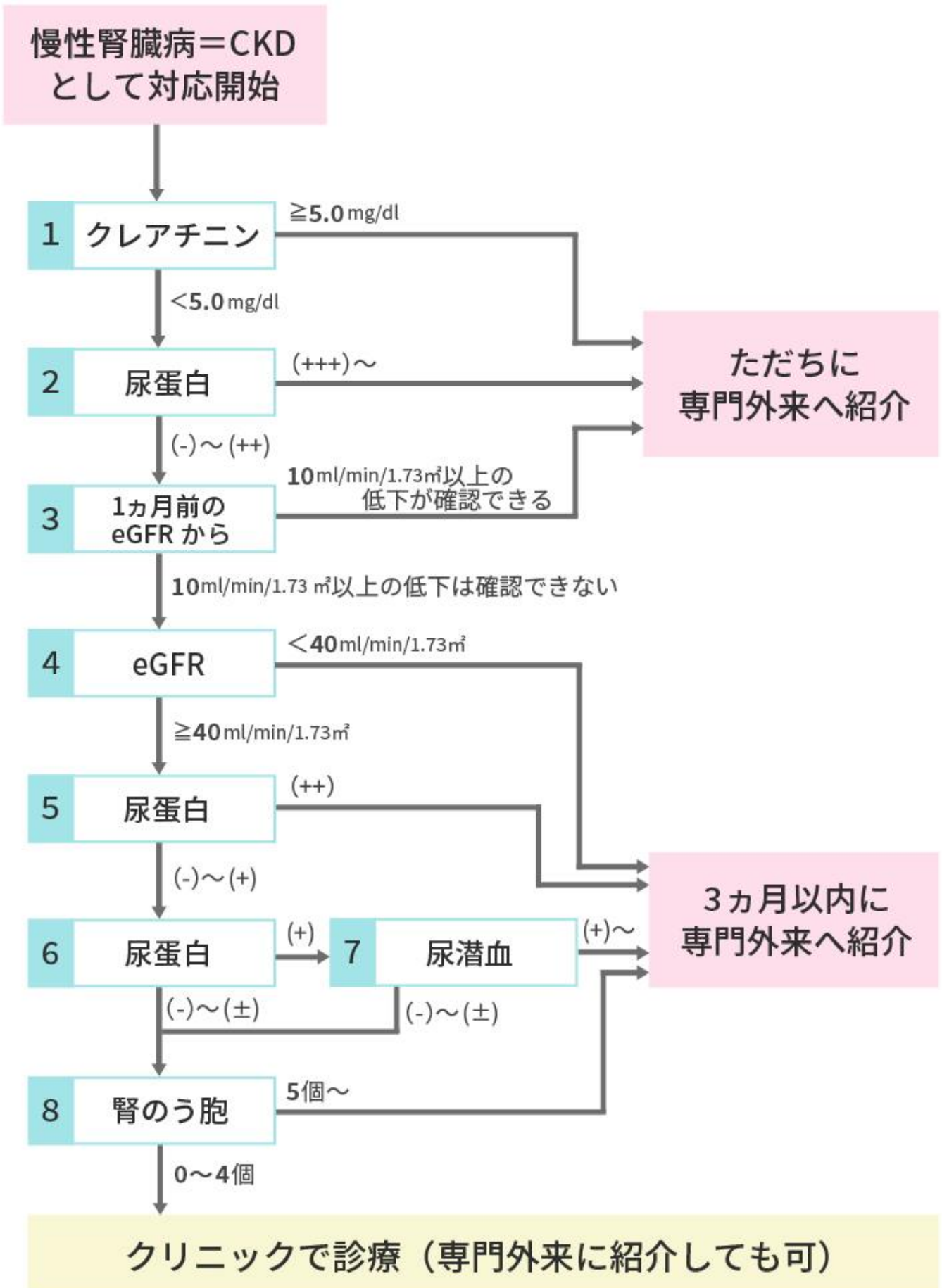
ふりがな 氏名	様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID (加行番号)	
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	糖尿病性腎症 連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
住所					
傷病名	原因分類 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 CKD重症度分類 G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)				
既往歴・ 家族歴					
症状経過					
検査結果	実施日 令和 年 月 日				
※ご記載いただ くか、検査結果 等のコピーを添 えてください。					
治療経過					
治療方針	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医(貴院)の併診 (_____ 力月毎を目途。 _____ 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医(貴院)でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先 _____)				
コメント ・ 連絡事項					

医療機関名
住所
電話番号
医師名

FC1 : CKD のスクリーニング



FC2：CKD への対応



外来専用

事前診察申込書

FAX 024-547-1075

《申込み受付時間》 月～金 9:00～19:00 土 9:00～12:00 ※診療情報提供書も一緒にお送りください
 【予約受付時間外のお申込みにつきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。】

電話番号(直通)024-547-1074

※診察は患者さんご本人しか行いません。ご本人の同意があってもご家族の方だけで受診することはできません。この申込書は地域連携用です。患者さんからの直接の申込はお受けしていません。

予約情報 さて⇒ い日に どちら をかに ご記入 をくだけ	() 受診希望日		() 希望日なし	
	() ご都合の悪い日			
	■紹介患者さんの疾病名			D P C 入院中 8 8 1 該当は○印
	■紹介目的・患者さんの状況			
■受診希望の「分野」 ※受診希望がある場合はご記入ください。		■受診希望「担当医師」 ※都合によりご希望に添えない場合があります。		
【担当医師との調整： 済 ・ 未 】				

↓ 受診希望科に○印

1	循環器内科
2	血液内科
3	消化器内科
4	リウマチ・膠原病内科
5	腎臓・高血圧内科
6	糖尿病・内分泌代謝内科
7	呼吸器内科
8	漢方内科
9	総合内科
10	脳疾患センター(脳神経内科) 脳疾患センター(脳神経外科)
11	呼吸器外科
12	消化管外科
13	肝胆膵・移植外科
14	乳腺外科
15	小児外科
16	甲状腺・内分泌診療センター(内科) 甲状腺・内分泌診療センター(外科)
17	心臓血管外科
18	整形外科
19	形成外科
20	産科、婦人科
21	小児科
22	小児腫瘍内科 小児・AYAがん
23	眼科
24	皮膚科
25	泌尿器科・副腎内分泌外科
26	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
27	心身医療科
28	放射線科
29	放射線治療科
30	(核医学診療室) 核医学科
31	麻酔・疼痛緩和科
32	歯科口腔外科
	遺伝診療部
	神経内分泌腫瘍外来

受診者情報	医大受診歴	有 ・ 無	医大患者ID
	フリガナ		性別
	氏名	(旧姓)	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日 生 歳
	住 所	〒 -	
	電話番号		

紹介元医療機関情報	名称及び住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	医師名 <small>(出来るだけフルネームでのご記入をお願いします)</small>	科 先生

予約日程を調整のうえ速やかに①診療予約回答書と②診療申込書をFAXで返信いたします。①②は患者さんにお渡し願います。医師指定の場合などは、回答に時間がかかることがありますのでご了承ください。

(注1) 核医学検査の予約を希望される場合は、指定書式の「検査依頼書」及び「同意書」も併せて送償してください。(指定様式が不明の際はご連絡ください。FAXにてお送りいたします。)
 (注2) 核医学検査の「心筋シンチ」は地域連携による予約はできませんので、まず循環器内科へご紹介ください。
 (注3) PET検査のご予約については、PET検査室(024-547-1383)へご連絡ください。

この事前診察申込書に記載された患者さんの個人情報、福島県立医科大学附属病院における患者登録及び診療予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意をいただいた上でお申し込みください。

福島県 CKD（慢性腎臓病）連携連絡用
診療情報提供書
 （かかりつけ医→腎臓専門医・専門機関）

紹介先医療機関等名 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関等名 _____ 電話番号 _____

住所 _____ 医師氏名 _____

患者氏名 _____ 性別 男・女 職業 _____

患者住所 _____ 電話番号 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

傷病名 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症
その他（ _____ ）

紹介目的 慢性腎臓病の精査・治療方針確立
その他（ _____ ）

既往歴及び家族歴
特記事項なし
特記事項あり（ _____ ）

症状経過及び検査結果
特記事項あり（ _____ ）
下記参照

A 3か月以内に専門機関への紹介することが望ましい

- 尿蛋白（++）
- 尿蛋白（+）かつ尿潜血（+）
- eGFR<40ml/min/1.73m²
- 腎臓に合計5個以上の嚢胞がある
- 上記のいずれにも該当しない

B ただちに専門機関へ紹介することが望ましい

- 尿蛋白（+++）
- CKDの基準を満たし、かつ1か月以内にeGFRが10 ml/min/1.73m²以上低下した

治療経過 慢性腎臓病は未治療
その他特記事項なし
その他特記事項あり（ _____ ）

現在の処方 （ _____ ）
 記載いただくか、「お薬手帳」等のコピーを添えてください

備考 （ _____ ）

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 必要により、画像、検査データを添付してください。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入してください。
 さらに、患者さんの住所および電話番号を必ず記入してください。

本診療情報提供書は厚生労働省指定診療情報提供書別紙様式11に完全準拠しています

eGFR男女・年齢別早見表

G1+2
 G3a
 G3b
 G4
 G5

注) GFR 区分は小数点以下2桁で考慮していますので、30mL/分/1.73m²でもG4、15.0mL/分/1.73m²でもG5としている部分があります。

血清Cr (mg/dL)	年齢													
	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
0.60	143.6	134.7	127.8	122.3	117.7	113.8	110.4	107.4	104.8	102.4	100.2	98.3	96.5	94.8
0.70	121.3	113.8	108.0	103.3	99.4	96.1	93.3	90.7	88.5	86.5	84.7	83.0	81.5	80.1
0.80	104.8	98.3	93.3	89.3	85.9	83.1	80.6	78.4	76.5	74.7	73.2	71.7	70.4	69.2
0.90	92.1	86.4	82.0	78.5	75.5	73.0	70.8	68.9	67.2	65.7	64.3	63.1	61.9	60.8
1.00	82.1	77.0	73.1	69.9	67.3	65.1	63.1	61.4	59.9	58.5	57.3	56.2	55.2	54.2
1.10	74.0	69.4	65.9	63.0	60.6	58.6	56.9	55.3	54.0	52.7	51.6	50.6	49.7	48.8
1.20	67.3	63.1	59.9	57.3	55.1	53.3	51.7	50.3	49.1	48.0	46.9	46.0	45.2	44.4
1.30	61.6	57.8	54.9	52.5	50.5	48.8	47.4	46.1	45.0	43.9	43.0	42.2	41.4	40.7
1.40	56.8	53.3	50.6	48.4	46.6	45.0	43.7	42.5	41.5	40.5	39.7	38.9	38.2	37.5
1.50	52.7	49.4	46.9	44.9	43.2	41.8	40.5	39.4	38.4	37.6	36.8	36.1	35.4	34.8
1.60	49.1	46.1	43.7	41.8	40.2	38.9	37.7	36.7	35.8	35.0	34.3	33.6	33.0	32.4
1.70	46.0	43.1	40.9	39.1	37.7	36.4	35.3	34.4	33.5	32.8	32.1	31.4	30.9	30.3
1.80	43.2	40.5	38.4	36.8	35.4	34.2	33.2	32.3	31.5	30.8	30.1	29.5	29.0	28.5
1.90	40.7	38.2	36.2	34.6	33.3	32.2	31.3	30.4	29.7	29.0	28.4	27.8	27.3	26.9
2.00	38.5	36.1	34.2	32.8	31.5	30.5	29.6	28.8	28.1	27.4	26.8	26.3	25.8	25.4
2.10	36.5	34.2	32.5	31.1	29.9	28.9	28.0	27.3	26.6	26.0	25.5	25.0	24.5	24.1
2.20	34.7	32.5	30.9	29.5	28.4	27.5	26.6	25.9	25.3	24.7	24.2	23.7	23.3	22.9
2.30	33.0	31.0	29.4	28.1	27.1	26.2	25.4	24.7	24.1	23.5	23.0	22.6	22.2	21.8
2.40	31.5	29.6	28.0	26.8	25.8	25.0	24.2	23.6	23.0	22.5	22.0	21.6	21.2	20.8
2.50	30.1	28.3	26.8	25.7	24.7	23.9	23.2	22.5	22.0	21.5	21.0	20.6	20.2	19.9
2.60	28.9	27.1	25.7	24.6	23.7	22.9	22.2	21.6	21.1	20.6	20.2	19.8	19.4	19.1
2.70	27.7	26.0	24.7	23.6	22.7	21.9	21.3	20.7	20.2	19.8	19.3	19.0	18.6	18.3
2.80	26.6	25.0	23.7	22.7	21.8	21.1	20.5	19.9	19.4	19.0	18.6	18.2	17.9	17.6
2.90	25.6	24.0	22.8	21.8	21.0	20.3	19.7	19.2	18.7	18.3	17.9	17.5	17.2	16.9
3.00	24.7	23.2	22.0	21.0	20.2	19.6	19.0	18.5	18.0	17.6	17.2	16.9	16.6	16.3
3.10	23.8	22.3	21.2	20.3	19.5	18.9	18.3	17.8	17.4	17.0	16.6	16.3	16.0	15.7
3.20	23.0	21.6	20.5	19.6	18.9	18.2	17.7	17.2	16.8	16.4	16.1	15.7	15.5	15.2
3.30	22.2	20.9	19.8	18.9	18.2	17.6	17.1	16.6	16.2	15.9	15.5	15.2	14.9	14.7
3.40	21.5	20.2	19.2	18.3	17.6	17.1	16.5	16.1	15.7	15.3	15.0	14.7	14.5	14.2
3.50	20.9	19.6	18.6	17.8	17.1	16.5	16.0	15.6	15.2	14.9	14.6	14.3	14.0	13.8
3.60	20.2	19.0	18.0	17.2	16.6	16.0	15.5	15.1	14.8	14.4	14.1	13.8	13.6	13.3
3.70	19.6	18.4	17.5	16.7	16.1	15.5	15.1	14.7	14.3	14.0	13.7	13.4	13.2	13.0
3.80	19.1	17.9	17.0	16.2	15.6	15.1	14.7	14.3	13.9	13.6	13.3	13.0	12.8	12.6
3.90	18.5	17.4	16.5	15.8	15.2	14.7	14.2	13.9	13.5	13.2	12.9	12.7	12.4	12.2
4.00	18.0	16.9	16.0	15.3	14.8	14.3	13.9	13.5	13.1	12.8	12.6	12.3	12.1	11.9

血清Cr (mg/dL)	年齢													
	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
0.60	106.1	99.5	94.5	90.4	87.0	84.1	81.6	79.4	77.4	75.7	74.1	72.6	71.3	70.0
0.70	89.6	84.1	79.8	76.3	73.5	71.0	68.9	67.1	65.4	63.9	62.6	61.3	60.2	59.2
0.80	77.5	72.7	68.9	66.0	63.5	61.4	59.5	57.9	56.5	55.2	54.1	53.0	52.0	51.1
0.90	68.1	63.9	60.6	58.0	55.8	54.0	52.3	50.9	49.7	48.6	47.5	46.6	45.7	45.0
1.00	60.7	56.9	54.0	51.7	49.7	48.1	46.6	45.4	44.3	43.3	42.4	41.5	40.8	40.1
1.10	54.7	51.3	48.7	46.6	44.8	43.3	42.0	40.9	39.9	39.0	38.2	37.4	36.7	36.1
1.20	49.7	46.6	44.2	42.3	40.7	39.4	38.2	37.2	36.3	35.4	34.7	34.0	33.4	32.8
1.30	45.5	42.7	40.5	38.8	37.3	36.1	35.0	34.1	33.2	32.5	31.8	31.2	30.6	30.1
1.40	42.0	39.4	37.4	35.8	34.4	33.3	32.3	31.4	30.6	29.9	29.3	28.7	28.2	27.7
1.50	38.9	36.5	34.7	33.2	31.9	30.9	29.9	29.1	28.4	27.8	27.2	26.6	26.2	25.7
1.60	36.3	34.0	32.3	30.9	29.7	28.8	27.9	27.1	26.5	25.9	25.3	24.8	24.4	24.0
1.70	34.0	31.9	30.2	28.9	27.8	26.9	26.1	25.4	24.8	24.2	23.7	23.2	22.8	22.4
1.80	31.9	29.9	28.4	27.2	26.1	25.3	24.5	23.9	23.3	22.7	22.3	21.8	21.4	21.1
1.90	30.1	28.2	26.8	25.6	24.6	23.8	23.1	22.5	21.9	21.4	21.0	20.6	20.2	19.8
2.00	28.4	26.7	25.3	24.2	23.3	22.5	21.9	21.3	20.7	20.3	19.8	19.5	19.1	18.8
2.10	26.9	25.3	24.0	23.0	22.1	21.4	20.7	20.2	19.7	19.2	18.8	18.4	18.1	17.8
2.20	25.6	24.0	22.8	21.8	21.0	20.3	19.7	19.2	18.7	18.3	17.9	17.5	17.2	16.9
2.30	24.4	22.9	21.7	20.8	20.0	19.3	18.8	18.2	17.8	17.4	17.0	16.7	16.4	16.1
2.40	23.3	21.8	20.7	19.8	19.1	18.5	17.9	17.4	17.0	16.6	16.3	15.9	15.6	15.4
2.50	22.3	20.9	19.8	19.0	18.3	17.6	17.1	16.7	16.2	15.9	15.5	15.2	15.0	14.7
2.60	21.3	20.0	19.0	18.2	17.5	16.9	16.4	16.0	15.6	15.2	14.9	14.6	14.3	14.1
2.70	20.5	19.2	18.2	17.4	16.8	16.2	15.7	15.3	14.9	14.6	14.3	14.0	13.8	13.5
2.80	19.7	18.5	17.5	16.8	16.1	15.6	15.1	14.7	14.4	14.0	13.7	13.5	13.2	13.0
2.90	18.9	17.8	16.9	16.1	15.5	15.0	14.6	14.2	13.8	13.5	13.2	13.0	12.7	12.5
3.00	18.2	17.1	16.2	15.5	15.0	14.5	14.0	13.6	13.3	13.0	12.7	12.5	12.3	12.0
3.10	17.6	16.5	15.7	15.0	14.4	13.9	13.5	13.2	12.8	12.5	12.3	12.0	11.8	11.6
3.20	17.0	15.9	15.1	14.5	13.9	13.5	13.1	12.7	12.4	12.1	11.9	11.6	11.4	11.2
3.30	16.4	15.4	14.6	14.0	13.5	13.0	12.6	12.3	12.0	11.7	11.5	11.2	11.0	10.9
3.40	15.9	14.9	14.2	13.5	13.0	12.6	12.2	11.9	11.6	11.3	11.1	10.9	10.7	10.5
3.50	15.4	14.5	13.7	13.1	12.6	12.2	11.8	11.5	11.2	11.0	10.8	10.5	10.4	10.2
3.60	14.9	14.0	13.3	12.7	12.2	11.8	11.5	11.2	10.9	10.7	10.4	10.2	10.0	9.9
3.70	14.5	13.6	12.9	12.4	11.9	11.5	11.1	10.8	10.6	10.3	10.1	9.9	9.7	9.6
3.80	14.1	13.2	12.5	12.0	11.5	11.2	10.8	10.5	10.3	10.0	9.8	9.6	9.5	9.3
3.90	13.7	12.8	12.2	11.7	11.2	10.8	10.5	10.2	10.0	9.8	9.6	9.4	9.2	9.0
4.00	13.3	12.5	11.9	11.3	10.9	10.6	10.2	10.0	9.7	9.5	9.3	9.1	8.9	8.8

※ 酵素法で測定したCr値を用いてください。18歳以上のみ適用可能です。小児には使用できません。



CKDの重症度分類

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
		≥90		
		60～89		
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	軽度～中等度低下			
	中等度～高度低下			
	高度低下			
	末期腎不全 (ESKD)			
	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

CKD診療ガイド2012 p.3 表2

CKDにおける心血管死亡と末期腎不全の ステージ別オッズ比



心血管死亡

	ACR <10	ACR 10~29	ACR 30~299	ACR ≥300
eGFR ≥105	0.9	1.3	2.3	2.1
eGFR 90~104	Ref	1.5	1.7	3.7
eGFR 75~89	1.0	1.3	1.6	3.7
eGFR 60~74	1.1	1.4	2.0	4.1
eGFR 45~59	1.5	2.2	2.8	4.3
eGFR 30~44	2.2	2.7	3.4	5.2
eGFR 15~29	14	7.9	4.8	8.1

末期腎不全

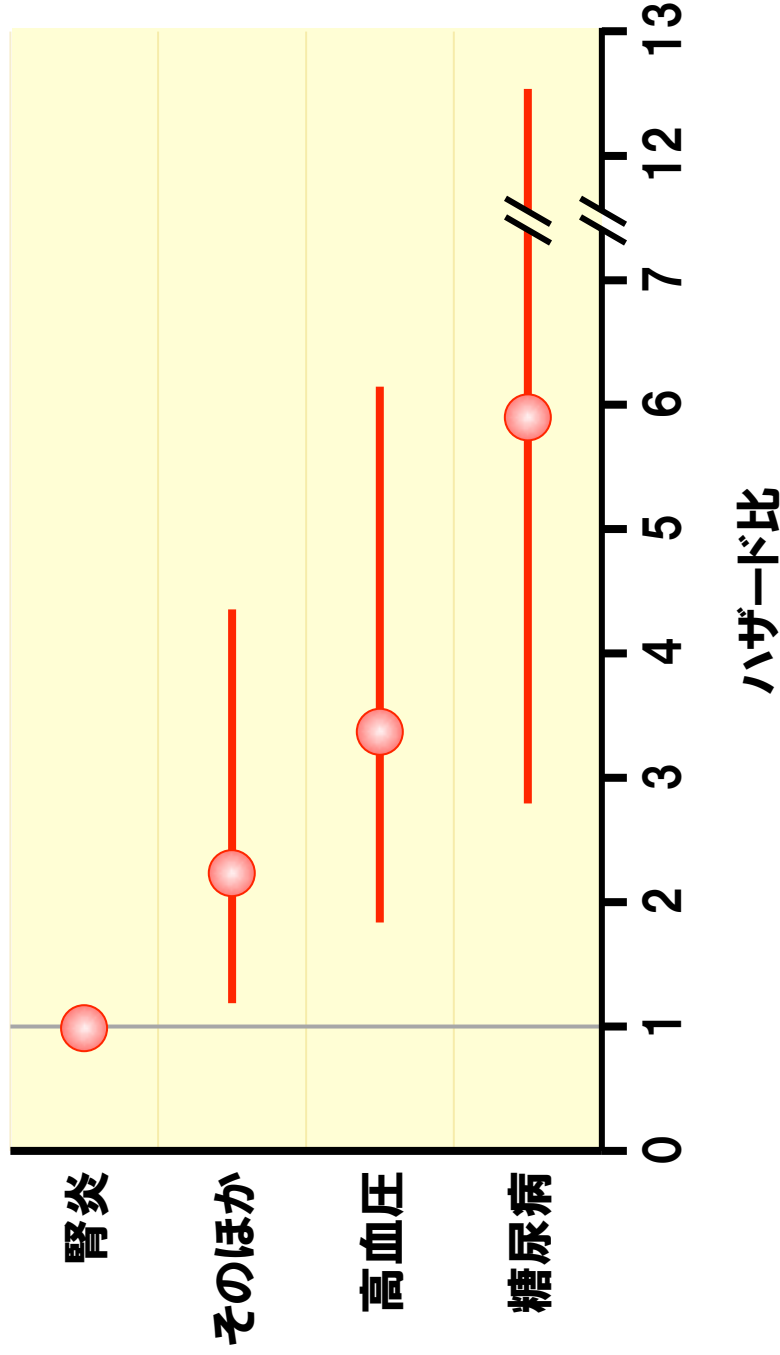
	ACR <10	ACR 10~29	ACR 30~299	ACR ≥300
eGFR ≥105	Ref	Ref	7.8	18
eGFR 90~104	Ref	Ref	11	20
eGFR 75~89	Ref	Ref	3.8	48
eGFR 60~74	Ref	Ref	7.4	67
eGFR 45~59	5.2	22	40	147
eGFR 30~44	56	74	294	763
eGFR 15~29	433	1,044	1,056	2,286

ACR:尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)

(Levey AS: Kidney Int 2011;80:17-28より引用, 改変)
CKD診療ガイド2012 p.4 表3

CKD患者におけるCVD発症の相対危険度

(狭心症, 心筋梗塞, うっ血性心不全, 脳卒中, 死亡の相対リスク) (宮城長陵CKD研究)



腎炎 (N=1,306) : 糸球体腎炎と間質性腎炎, 高血圧 (N=462) : 高血圧性腎障害, 腎硬化症, 糖尿
病 (N=283) : 糖尿病を合併する腎障害, そのほか (N=643) : そのほかの腎疾患。
腎炎患者のリスクを1としてハザード比を示す。

(Nakayama M, et al. Hypertens Res 2011;31:1106-1110より引用, 改変)
CKD診療ガイド2012 p.7 図3

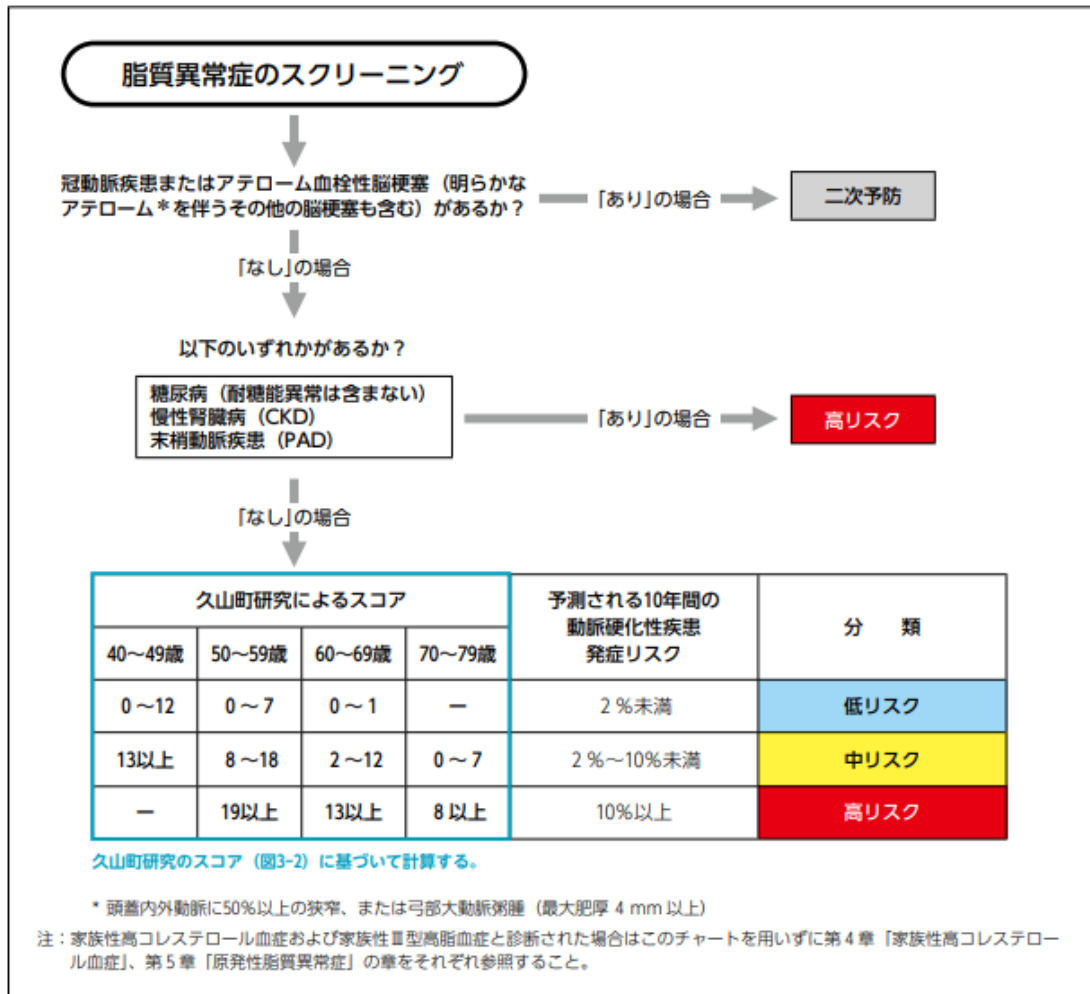


図3-1 動脈硬化性疾患予防から見た脂質管理目標値設定のためのフローチャート

①性別	ポイント	④血清 LDL-C	ポイント	ポイント合計	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	
女性	0	<120 mg/dL	0		<1.0%	<1.0%	1.7%	3.4%	
男性	7	120～139 mg/dL	1		<1.0%	<1.0%	1.9%	3.9%	
②収縮期血圧					ポイント	<1.0%	<1.0%	2.2%	4.5%
<120 mmHg	0	140～159 mg/dL	2		<1.0%	1.1%	2.6%	5.2%	
120～129 mmHg	1	160 mg/dL～	3		<1.0%	1.3%	3.0%	6.0%	
130～139 mmHg	2	⑤血清 HDL-C			ポイント	<1.0%	1.4%	3.4%	6.9%
140～159 mmHg	3	60 mg/dL～	0		<1.0%	1.7%	3.9%	7.9%	
160 mmHg～	4	40～59 mg/dL	1		<1.0%	1.9%	4.5%	9.1%	
③糖代謝異常（糖尿病は含まない）					ポイント	1.1%	2.2%	5.2%	10.4%
なし	0	<40 mg/dL	2		1.3%	2.6%	6.0%	11.9%	
あり	1	⑥喫煙			ポイント	1.4%	3.0%	6.9%	13.6%
					なし	1.7%	3.4%	7.9%	15.5%
					あり	1.9%	3.9%	9.1%	17.7%
①～⑥のポイント合計					点	2.2%	4.5%	10.4%	20.2%
						2.6%	5.2%	11.9%	22.9%
						3.0%	6.0%	13.6%	25.9%
						3.4%	6.9%	15.5%	29.3%
						3.9%	7.9%	17.7%	33.0%
						4.5%	9.1%	20.2%	37.0%
					5.2%	10.4%	22.9%	41.1%	

注1：過去喫煙者は⑥喫煙はなしとする。

右表のポイント合計より年齢階級別の絶対リスクを推計する。

図3-2 久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会） ～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標（※1）が達成できない状態が3カ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい）。

○新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。

○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。

○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。

○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。

○感染症が合併している場合。

※1. 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

○慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。

○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。

4. 急性合併症

○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。

○ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。

○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

福島市生活習慣病重症化予防プログラム 糖尿病専門医療機関 リスト

糖尿病地域連携協力医

R8.4月現在

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	池田医院	池田 和也	飯坂町字若葉町 5-1	542-4084	542-4084
2	石井外科皮フ科	石井 彌	上町 4-34	522-4987	572-6987
3	おおひら内科クリニック	大平俊一郎	森合字台 15-1	534-6336	534-6336
4	奥野胃腸科内科医院	奥野よしえ	瀬上町字寺前 7	553-2658	553-2254
5	きくち医院	菊池琉美子	太平寺字児子塚 36	546-2222	546-2215
6	佐藤医院	佐藤 幹夫	陣場町 1-8	522-2489	522-2498
7	さとう内科医院	佐藤 武寿	豊田町 4-12	523-4511	523-4511
8	しぎはらクリニック	嶋原 晃	八島田字勝口 37	555-3331	555-3332
9	須川診療所（内科）	廣川 健	野田町一丁目 12-72	531-6311	531-6386
10	手塚クリニック	手塚 徹	御山字清水尻 51	535-0550	535-5550
11	とやのクリニック	山本喜代志	鳥谷野字宮畑 64-1	544-1122	544-1919
12	野田循環器・消化器内科外科クリニック	野田真由美	北矢野目字原田 59-5	559-1133	559-1132
13	福島県農協会館診療所	重富 秀一	飯坂町平野字三枚長 1-1	554-3488	554-3488
14	福島セントラルクリニック（腎臓内科）	林 義満	早稲町 8-22	522-7701	522-7717
15	本間内科（内科）	本間 一男	笹木野字小針尻 20-5	536-0063	536-2717
16	みずの内科クリニック（内科）	水野 兼志	新町 8-4 ブレスビル 1F	526-4855	526-4870

専門医療機関

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	うめつ LS 内科クリニック	梅津 啓孝	松浪町 2-31	536-5225	536-5228
2	くどう内科・糖尿病クリニック	工藤 明宏	大森館ノ内 74-1	563-1061	563-1062
3	たに内科・糖尿病内科クリニック	谷 牧夫	天神町 1-2	572-5736	572-5738
4	待井内科クリニック	待井 典剛	南中央 1 丁目 70 番地	533-5578	533-5660
5	むらおか内科・糖尿病内科・耳鼻咽喉科クリニック	村岡 亮	松川町天王原 89	567-2244	567-3577
6	済生会福島総合病院 （内科【糖尿病・内分泌科】）	仲野 淳子	大森字下原田 25 番地	544-5171	539-7726
7	大原総合病院（糖尿病内科）	大泉 俊英	上町 6-1	526-0300	526-0342
8	福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座（※2）	初診時は内科新患 （担当医）	光が丘 1	547-1047	547-1075
9	福島西部病院 （糖尿病科・内分泌代謝内科）	菅谷 芳幸	東中央 3 丁目 15 番地	533-2121	533-2123
10	福島赤十字病院（糖尿病代謝内科）	佐藤 義憲	八島町 7-7	534-6101	531-1721

※1 診察曜日、受付時間は各医療機関にご確認ください。

※2 医大病院紹介の際は事前診察予約をお願いします。

受付：月～金 9：00 - 11：30

福島県立医科大学附属病院ホームページ：<https://www.fmu.ac.jp/home/renkei/medical>

患者サポートセンターをご参照ください。

●事前診察予約受付（上記 TEL または FAX）を介して予約できます。

●事前診察申込書（FAX 用）をコピーしてご利用ください。

医療機関名 ()

先生 御侍史

診療情報提供書（糖尿病・腎症（CKD）・網膜症・その他）・紹介

※該当する疾患名を○で囲んでください。

下記の方は、専門（協力）医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	職業		
住所					
傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
合併症 ・ 基礎疾患	・糖尿病性腎症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・糖尿病性網膜症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・高脂血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・その他 ()				
家族歴					
症状経過					
検査結果	実施日 令和 年 月 日 空腹時血糖 () mg/dl (随時血糖) mg/dl HbA1c () % Cre: クレアチニン () mg/dl eGFR (推定糸球体ろ過量) () ml/min/1.73m ² 尿アルブミン値 () mg/gCr 尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~ または g/gCr 尿潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~ または尿沈渣 その他 ()				
治療経過					
現在の処方	※ご記載いただくか、「お薬手帳」等のコピーを添えてください。				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医（当院）で診療 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関での診療を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()				
連絡事項					

医療機関名
住所
電話番号
医師氏名

医療機関名 ()
科 先生 御侍史

診療情報提供書（糖尿病・腎症（CKD）・網膜症・その他）・報告

※該当する疾患名を○で囲んでください。

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID (加付番号)	
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	糖尿病性腎症 連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
住所					
傷病名	原因分類 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 CKD重症度分類 G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)				
既往歴・ 家族歴					
症状経過					
検査結果	実施日 令和 年 月 日				
※ご記載いた だくか、検査結 果等のコピーを 添えてください。					
治療経過					
治療方針	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医(貴院)の併診 (_____ 力月毎を目途。 _____ 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医(貴院)でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先 _____)				
コメント ・ 連絡事項					

医療機関名
住所
電話番号
医師名

主治医様

福島市健康づくり推進課

福島市生活習慣病重症化予防連携
循環器連携（心電図精密検査のお願い）紹介

本市国保保健事業につきましては、平素格別のご指導ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、過日実施しました福島市国保特定健康診査において、下記のとおり心電図所見がありましたので、ご紹介いたします。ご高診をよろしくお願いたします。

ご多忙のところ、大変お手数をおかけいたしますが、今後の受療状況につきまして、別紙返書にご記入いただき、同封の返信用封筒にて郵送をお願いいたします。

令和 年 月 日

氏名	様	性別	国保番号	島1
生年月日		電話番号		
住 所				
健診年月日				
心電図所見				
自覚症状				
既往歴				
家族歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 父・母・兄弟姉妹・子どもにおける <input type="checkbox"/> 若年発症（男性55歳未満、女性65歳未満）の狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 突然倒れた・突然亡くなった（原因不明）			
その他の情報				
添付資料	・特定健康診査結果表			

【問い合わせ、連絡先】

福島市 健康づくり推進課 検診予防係

電話 024-525-7680（直通）

FAX 024-525-5701

担当者名

福島市 健康づくり推進課 担当者行

福島市生活習慣病重症化予防連携

返信（循環器連携）

受診者氏名 _____ 様

受診日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果	<input type="checkbox"/> 安静心電図（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> 負荷心電図（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> ホルター心電図（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> 心エコー（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> その他 _____
併存症	<input type="checkbox"/> 高血圧症（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 糖尿病（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 脂質異常症（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 高尿酸血症（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 肥満(BMI≥25) <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
診断（暫定、疑いでも可）	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 異常なし
方針	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> 新たにかかりつけ医（当院）で経過観察（ <input type="checkbox"/> 食事・生活指導、 <input type="checkbox"/> 薬物療法） <input type="checkbox"/> 現在の加療を継続 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関に紹介（紹介先 _____ ）
栄養相談の希望（有の場合、担当者より、ご本人に連絡いたします）	<input type="checkbox"/> 希望有⇒【医師指示】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 特に無し（CKDまたは併存症に対する標準的な値での指導で可） <指示> <input type="checkbox"/> カロリー _____ kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他・要望（ _____ ）

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

※お手数ですが添付の封筒にて郵送をお願いします。

医療機関名 ()

先生 御侍史

福島市生活習慣病重症化予防連携

循環器連携 連絡票 (紹介)

下記の方は、専門医・専門医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	歳	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 他 ()
診断(疑いも可)				
検査結果 (実施した 場合)	実施日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記省略(貴院での所定様式添付でもかまいません)			
	検査項目	結果		
	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン			
	<input type="checkbox"/> 安静心電図			
	<input type="checkbox"/> 負荷心電図			
	<input type="checkbox"/> ホルター心電図			
	<input type="checkbox"/> 心エコー			
<input type="checkbox"/> 血液検査	BNP ()pg/ml	目安：本文参照		
	NT-proBNP ()pg/ml	目安：本文参照		
	eGFR ()ml/min/1.73m ²			
その他				
併存症 ・ 特記事項 (分かる範囲 でチェック)	・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・肥満 (BMI ≥ 25) (<input type="checkbox"/> 有)			
	・特記事項・その他 ()			
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限り当院で診療 <input type="checkbox"/> 専門医療機関での診療を希望			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			
コメント ・ 連絡事項				

医療機関名

(連絡先)

医師氏名

医療機関名 ()

先生 御侍史

福島市生活習慣病重症化予防連携

循環器連携 連絡票 (返信・報告)

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果を報告します。

返信・報告日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID カルテ番号	
生年月日	歳	循環器連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
診断名				
検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙添付			
今後の 治療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医 (貴院) の併診 (力月毎を目途。 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (貴院) でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します <input type="checkbox"/> 糖尿病専門医への紹介 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医への紹介 (紹介先)			
現時点で 必要と思 われる 事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 塩分 _____ g/日 <input type="checkbox"/> カロリー- _____ kcal/日) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 運動 _____ <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> 体重管理 (<input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 浮腫による体重増加が2kg以上の時は受診) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

かかりつけ医や医療機関等と歯科医師との連携

1. 連携による紹介者対象者例

【例】

- ア 動脈硬化性疾患に歯周病を合併した場合
- イ 口腔内衛生管理
- ウ 観血的治療の実施前後の指示
- エ 抗生物質、NSAIDs の使用
- オ 抗凝固薬使用
- カ カルシウム拮抗薬使用
- キ 透析中
- ク 肝炎による感染の可能性、肝障害の程度
- ケ 妊娠中
- コ 糖尿病
- サ ステロイド使用中
- シ 脳血管疾患患者

(紹介先：歯科医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書 (紹介)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、下記のとおりご紹介します。
ご高診をよろしくお願いいたします。

紹介日：令和 年 月 日

カナ氏名		性別	男 ・ 女	
氏名	様	電話番号		
住所	福島市			
生年月日	T S H	年	月	日
		年齢	歳	
紹介目的				
口腔情報	<input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 飲み込めない (むせり) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 粘つき <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> その他 ()			
疾患名等	<input type="checkbox"/> 妊娠 (週) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 (<input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 (<input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> ステロイド薬使用			
検査等	B型肝炎 (有・無・不明) C型肝炎 (有・無・不明) その他 ()			
処方薬 検査結果 など	<input type="checkbox"/> 別紙添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳の持参 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳の持参 (または、HbA1c 等検査結果の推移)			

【紹介元医療機関】 〒

福島市

医療機関名

担当医師

電話

F A X

(紹介元医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書(返信・報告)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、ご紹介のありました方について返信します。

返信日：令和 年 月 日

カナ氏名		性別	男 ・ 女	
氏名	様	電話番号		
住所	福島市			
生年月日	T S H	年	月	日
		年齢	歳	
依頼事項				
依頼時 口腔情報	<input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 飲み込めない(むせり) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 粘つき <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> その他()			
結果	歯科治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙添付 歯周疾患(治療有の場合) <input type="checkbox"/> 歯周病の状況は、改善しています <input type="checkbox"/> // 現状を維持しています <input type="checkbox"/> // 悪化しています その他 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳の記載参照			

【歯科医療機関】 〒

福島市
医療機関名
担当医師
電話

F A X

(紹介先医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書 (紹介)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、下記のとおりご紹介します。
ご高診をよろしくお願いいたします。

紹介日：令和 年 月 日

カナ氏名			性別	男 ・ 女	
氏名	様		電話番号		
住所	福島市				
生年月日	T	S	H	年	月 日
				年齢	歳
紹介目的	<input type="checkbox"/> 観血的治療のため () <input type="checkbox"/> 抗生物質の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> NSAIDs の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> C型肝炎、B型肝炎の活動性の程度 <input type="checkbox"/> 歯周病難治のため、情報提供依頼 または 精査依頼 <input type="checkbox"/> 使用薬剤について <input type="checkbox"/> その他 ()				
口腔情報	<input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 飲み込めない (むせり) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 粘つき <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他の情報 検査結果 など	<input type="checkbox"/> 別紙添付				

【紹介元歯科医療機関】 〒

福島市
医療機関名
担当医師
電話

F A X

(紹介元歯科医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書(返信・報告)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、ご紹介のありました方について返信します。

返信日：令和 年 月 日

カナ氏名		性別	男 ・ 女	
氏名	様	電話番号		
住所	福島市			
生年月日	T S H	年	月	日
		年齢	歳	
依頼事項	<input type="checkbox"/> 観血的治療のため () <input type="checkbox"/> 抗生物質の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> NSAIDs の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> C型肝炎、B型肝炎の活動性の程度 <input type="checkbox"/> 歯周病治療のため、情報提供依頼 または 精査依頼 <input type="checkbox"/> 使用薬剤について <input type="checkbox"/> その他 ()			
結果	<input type="checkbox"/> 別紙添付			
処方薬 検査結果 など	<input type="checkbox"/> 別紙添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳持参 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳持参			

【医療機関】

〒

福島市

医療機関名

担当医師

電話

F A X

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

年 月 日

先生 御机下

薬局名 ○○○○薬局
 薬剤師氏名 ○○○○
 住 所 〒○○ 福島市○○
 電話番号 ○
 FAX番号 ○

患者氏名		患者ID		性別	男・女
生年月日		処方箋発行日			

[添付資料] 無 有 () 枚

参考文献・資料・処方箋・お薬手帳・その他 ()

患者は処方医への報告を同意しています。

患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

- 【内容】 処方薬の情報 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報
 併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報
 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報
 症状等に関する家族、介護者等からの情報 薬剤に関する提案
 薬剤師からみた本情報提供の必要性 その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

【所見】 以下の通り、報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

◎ 返信欄 (必要に応じてご利用ください)

[返信希望] 早急に 次回受診まで 不要 その他 ()

一般社団法人 福島薬剤師会