

# CKD二次医療機関申請書

<基本事項>

令和 年 月 日

医療機関名	
申請者名	
連絡先 住所 電話	〒 徳島県
診療可能時間	例) 診療日：月～金 受付時間：8:30～11:00 14:00～17:00

<CKD二次医療機関申請のための項目>

必須 <input type="checkbox"/>	年2回のCKDに関する研修の受講 (1回目：令和 年 月 日受講、2回目：令和 年 月 日受講)
-----------------------------	---

実施可能な項目にチェックを入れてください。

必須 <input type="checkbox"/>	腎臓にフォーカスした詳細な問診 <input type="checkbox"/> 腎毒性を有する薬剤の内服の確認 <input type="checkbox"/> 腎不全を起こすエピソードの確認
必須 <input type="checkbox"/>	eGFR低下例は低下速度(3か月後、4か月後)の確認
必須 <input type="checkbox"/>	尿検査の再現
必須 <input type="checkbox"/>	タンパク尿の定量(g/gCr)
<input type="checkbox"/>	検尿での尿細管マーカー(例：β2ミクログロブリン,NAG)
<input type="checkbox"/>	腎エコー(Dopplerは困難でも大まかな形態、水腎症など)
<input type="checkbox"/>	腎炎マーカー採血(IgGAM、補体、蛋白分画、抗核抗体)
<input type="checkbox"/>	栄養指導(減塩、蛋白制限)

※ 記載いただいた内容から、CKD二次医療機関に該当することが確認できれば、徳島県HPに掲載する他、県内保険者や市町村と情報共有させていただきます。