

# 川薩圏域CKD予防ネットワークの手引き

## 川薩圏域CKD予防ネットワーク検討会

平成 27 年1月施行  
平成 30 年3月追記  
平成 30 年 12 月追記  
令和 3年 3月 追記  
令和 4年 5月 改正

<問合せ先>

薩摩川内市市民福祉部市民健康課

電話 0996-22-8811

さつま町保健福祉課

電話 0996-53-1111

北薩地域振興局保健福祉環境部(川薩保健所)

電話 0996-23-3165

< 目次 >

川薩圏域CKD予防ネットワークについて	P1～4
川薩圏域CKD予防ネットワークの概要	P5
川薩圏域CKD予防ネットワークの流れ	P5
川薩圏域CKD予防ネットワーク「紹介基準」(別添1)	P6
【参考】かかりつけ医から腎臓診療医への紹介基準(日本腎臓学会作成)	P7
川薩圏域CKD予防ネットワーク「腎生検施設への紹介基準」(別添2)	P8
様式0 受診報告書 登録医→薩摩川内市・さつま町・協会けんぽ	P9
様式1 紹介シート(診療情報提供書) 登録医→腎臓診療医	P10
様式2 返信シート(診療情報提供書) 腎臓診療医→登録医	P11
様式3 CKD予防ネットワーク<経過報告書> 腎臓診療医→薩摩川内市・さつま町・協会けんぽ	P12
様式4 CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)登録承諾書	P13
様式5 CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)登録証	P14
様式6 CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)変更届	P15
様式7 CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)辞退届	P16
様式8 腎臓診療医 登録承諾書	P17
様式9 腎臓診療医専門セミナー 受講修了証	P18
様式10 腎臓診療医 変更届	P19
様式11 腎臓診療医 辞退届	P20

# 川薩圏域CKD予防ネットワークについて

平成 27 年 1 月 27 日

川薩圏域慢性腎臓病（CKD）検討会

平成 30 年 3 月 追記

平成 30 年 12 月 追記

令和 3 年 3 月 追記

令和 4 年 5 月 改正

## 1 CKD予防ネットワークの目的

慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防するためには、健診等で腎臓の異常等が発見された患者を、かかりつけ医と腎臓等に関する専門医が連携して診療すること（以下「病診連携」という。）が重要であることから、川薩圏域で統一的な病診連携の運用が図られるよう、病診連携を運用していくための枠組み（以下「CKD予防ネットワーク」という。）を作成する。

## 2 CKD予防ネットワークにおける用語の定義

### (1) CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）

特定健診等に携わっている全ての医師のうち、CKD予防ネットワークの趣旨に賛同し、市町の登録を受けた医師を「CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」とする。

### (2) 腎臓診療医

日本腎臓学会の認定する腎臓専門医、または、日本透析医学会の認定する透析専門医及び、それに準ずる腎疾患を診療している医師（以下「専門医等」という。）のうち、CKD予防ネットワークの趣旨に賛同し、県、市町村、医師会等が開催するCKDに関する専門的なセミナー（以下、「腎臓診療医専門セミナー」という。）を受講し、市町の登録を受けた医師とする。

## 3 CKD予防ネットワークの内容

### (1) CKD予防ネットワークの流れについて

本ネットワークにおいては、原則として、市町等から受診勧奨を受けた患者が、「CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」を受診し、当該登

録医から、腎臓診療医に紹介し、連携して診療を行うこととする。

① 市町等の受診勧奨

健診実施主体である市町等は、特定健診等の結果により、腎機能が別添 1 の「紹介基準」に該当する患者に対して「紹介シート（様式 1）」を配布し、かかりつけ医を受診するよう勧奨する。その際に、受診の参考となるよう「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」の一覧を提示する。

② CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）の診療

「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」は、患者に対して必要な検査を行い、腎機能が別添 1 の「紹介基準」に該当する患者を「紹介シート（様式 1）」により「腎臓診療医」に紹介する。

③ 腎臓診療医の診療

○ 「腎臓診療医」は、「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」等から紹介のあった患者に対して、必要な検査や腎機能の評価等を行い、今後の治療方針等を「返信シート（様式 2）」等により「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」等へ返信する。

○ 「腎臓診療医」は、別添 2 の「腎生検施設への紹介基準」に該当する患者について、腎生検を考慮し、必要に応じて腎生検施設へ紹介する。

○ 「腎臓診療医」は、「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」等を経由せずに、「腎臓診療医」を直接受診した患者に対して、必要に応じて、「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」の一覧を提示しかかりつけ医を持つことを推奨する。

④ CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）と腎臓診療医の連携

○ 「CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」は、「腎臓診療医」の治療方針等に基づき患者の治療を行うとともに、腎機能に応じて、定期的に患者を「紹介シート（様式 1）」により「腎臓診療医」に再紹介するなど、「腎臓診療医」と連携して診療を行う。

- 「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」は、急性増悪など、別添1の「再紹介基準」に該当する患者を「紹介シート(様式1)」により随時「腎臓診療医」へ再紹介する。

⑤ 市町への報告

ア CKDかかりつけ医は、CKD予防ネットワークにおける患者の受診状況を、「受診報告書(様式0)」により、市町へ報告する。

イ 「腎臓診療医」は、CKD予防ネットワークにおける患者の受診状況を、「経過報告書(様式3)」により、毎月市町へ報告する。

(2) 登録手続等について

① CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)の登録手続等

○ 医師は、「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」として市町村の登録を受ける場合には、「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)登録承諾書(様式4)」を市町に提出する。

○ 市町は、医師を「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」として登録した場合には、「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)登録証(様式5)」を交付する。

○ 「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」は、登録内容に変更があった場合には、「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)変更届(様式6)」を市町に提出する。

○ 「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」から登録内容に変更があった場合には、薩摩川内市及びさつま町は、「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)変更届(様式6)」を互いに送付し、各々のホームページを更新する。

○ 登録に際して有効期間は定めないものとする。

○ 「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」は、県、市町、医師会等が開催するCKDに関する研修会や説明会に参加するよう努める。

- 「CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）」は、登録を辞退する場合には、「CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）辞退届（様式7）」を市町に提出するとともに、「CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）登録証（様式5）」を返却する。

## ② 腎臓診療医の登録手続等

- 専門医等は、「腎臓診療医」として市町の登録を受ける場合には、「腎臓診療医専門セミナー」を受講するとともに、「腎臓診療医登録承諾書（様式8）」を市町に提出する。
- 市町は、「腎臓診療医専門セミナー」を受講した専門医等に対し、「受講修了証（様式9）」を交付するとともに、「腎臓診療医」として登録する。
- 「腎臓診療医」は、登録内容に変更があった場合には、「腎臓診療医変更届（様式10）」を市町に提出する。
- 「腎臓診療医」から登録内容に変更があった場合には、薩摩川内市及びさつま町は「腎臓診療医変更届（様式10）」を互いに送付し、各々のホームページを更新する。
- 「腎臓診療医」は、2年に1度「腎臓診療医専門セミナー」を受講するものとする。
- 「腎臓診療医」は、登録を辞退する場合には、「腎臓診療医辞退届（様式11）」を市町に提出する。

## 4 CKD予防ネットワークモデルの活用

- (1) 県（川薩保健所）は、CKD予防ネットワークモデルの活用が図られるよう、健診実施主体である市町等に対して普及啓発を行う。
- (2) CKD予防ネットワークモデルの活用にあたり、県（川薩保健所）、市町等は、県・地域の医師会の理解・協力を得た上で活用を進める。

# 川薩圏域CKD予防ネットワークの概要

## 趣旨

- 慢性腎臓病(CKD)の重症化を予防するためには、健診等で腎臓の異常等が発見された患者を、かかりつけ医と腎臓等に関する専門医等が連携して診療すること(病診連携)が重要であることから、**川薩圏域で病診連携を運用していくための枠組み(「CKD予防ネットワーク」)を構築する**

## 用語の定義

- CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)**  
特定健診等に携わっている全ての医師のうち、川薩地域CKD予防ネットワークの趣旨に賛同し、薩摩川内市・さつま町の登録を受けた医師
- 腎臓診療医**  
日本腎臓学会の認定する腎臓専門医、または、日本透析医学会の認定する透析専門医及び、それに準ずる腎疾患を診療している医師のうち、川薩圏域CKD予防ネットワークの趣旨に賛同し、県、市町、医師会等が開催するCKDに関する専門的なセミナー(腎臓診療医専門セミナー)を受講し市町の登録を受けた医師

## ネットワークの流れ

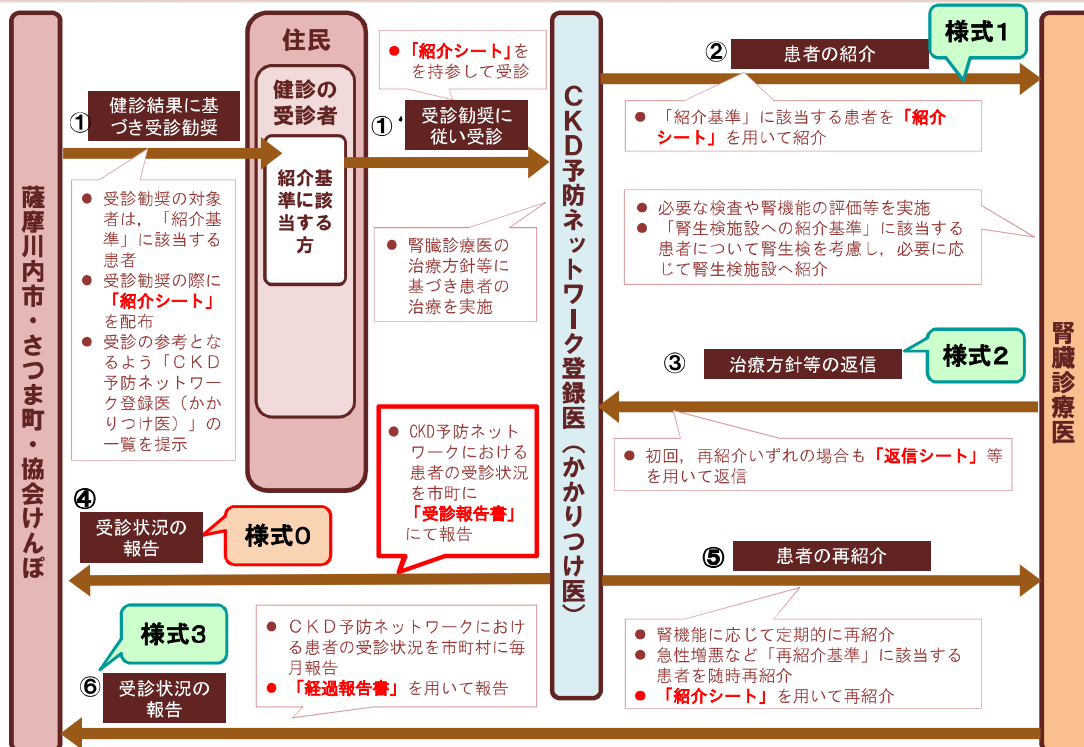
- 原則として、市町等から受診勧奨を受けた患者が、「CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)」を受診し、当該登録医から、「腎臓診療医」に紹介し、連携して診療を行うこととする。

## ネットワークの活用

- 保健所は、CKD予防ネットワークの活用が図られるよう、健診実施主体である市町等に対して普及啓発を行う。
- CKD予防ネットワークの活用に当たり、保健所、市町等は、地域の医師会等の理解・協力を得た上で活用を進める。

## 川薩圏域CKD予防ネットワークモデルの流れ

平成30年4月以降の流れ



# 慢性腎臓病（CKD）病診連携患者紹介基準

別添1

## 紹介基準

- 下記「紹介基準」に該当する患者は「紹介シート（様式1）」を用いて腎臓診療医へ紹介します。

下記①～⑥のいずれかに該当する場合

eGFR値(ml/min/1.73m <sup>2</sup> )による紹介基準	蛋白尿による紹介基準
① eGFR45未満（40歳以上）	④ 蛋白尿1+(A3) 以上
② eGFR60未満（40歳未満）	⑤ 血尿(1+以上)を伴う蛋白尿±(A2)以上
③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下	⑥ eGFR60未満の蛋白尿±(A2)以上

（「CKD病診連携マニュアル2018」に準拠して作成）

## 再紹介基準

- かかりつけ医にて、腎臓診療医とのCKD病診連携を行っている患者が、以下のいずれかを呈する場合は、すみやかに腎臓診療医への再紹介を行うことが推奨されます。 ※様式1（紹介シート）使用

下記①～④のいずれかに該当する場合

①	eGFRの急激な低下 (3ヶ月以内に血清クレアチニン値が30%以上上昇)
②	血清K値5.5mEq/L以上
③	著大な体重増加, 浮腫, 心不全症状
④	急激な尿蛋白の増加 (尿蛋白/クレアチニン比が前値の2倍以上)

（「CKD病診連携マニュアル2012」に準拠して作成）

2019年4月1日～適用



**【参考】腎臓専門医への紹介基準**

＜CKD診療ガイドライン2018＞

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(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

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 <sup>2</sup> )	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

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) それ以外で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か月以上の治療でも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予防ネットワーク「腎生検施設への紹介基準」

（「CKD診療ガイドライン2013」等に準拠して作成）

次の1または2の基準を満たす患者は腎生検を考慮し、腎生検施設に紹介する。

### 1 尿所見による基準

- 尿蛋白のみ陽性の場合  
尿蛋白が0.5g/日以上、もしくは0.5g/gCr以上
- 尿蛋白、尿潜血ともに陽性の場合  
尿蛋白が0.5g/日以下、もしくは0.5g/gCr以下でも考慮
- ネフローゼ症候群の場合  
積極的に施行
- 尿潜血のみ陽性の場合  
尿沈渣に変形赤血球が多く存在する場合や病的円柱を認める場合などに考慮

注：いずれの場合にも糖尿病患者においては慎重に考慮すべきである。元々腎炎が合併していると考えられる場合や、今まで血尿がなかったのに急に出現したり、急激な尿蛋白の増加・腎機能の悪化があった場合に腎生検を考慮する。

### 2 腎機能障害による基準

- 原因不明の急性もしくは慢性腎機能障害の場合  
ただし、慢性的に血清Cr 2以上の場合には生検を行っても糸球体などの検体が得られないことがあるだけでなく、出血などのリスクが高い場合が多いため、積極的な生検は難しい場合がある。

## 【参考（CKD診療ガイドライン2013）】

表1 CKDにおける腎生検の適応

尿蛋白のみ陽性の場合
尿蛋白が0.5g/日以上、もしくは0.5g/gCr以上に施行
尿蛋白、尿潜血ともに陽性の場合
尿蛋白が0.5g/日以下、もしくは0.5g/gCr以下でも考慮
ネフローゼ症候群の場合
積極的に施行
尿潜血のみ陽性の場合
尿沈渣に変形赤血球が多く存在する場合や病的円柱を認める場合などに考慮

注：いずれの場合にも糖尿病患者においては慎重に考慮すべきである。

(CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医) → 薩摩川内市・さつま町・協会けんぽ)

## 薩摩川内市・さつま町CKD予防ネットワーク&lt;受診報告書&gt;

下記の患者が受診されましたので、経過につき報告します。

受診日	令和 年 月 日	受診歴 (過去1年以内)	有 ・ 無
医療機関名		医師名	
患者氏名		性別	生年月日
(ふりがな)		男 ・ 女	大正 昭和 平成 年 月 日
住所	薩摩川内市 さつま町		
再検査(血圧、eGFR、検尿・沈渣、尿蛋白定量)により、数値の記載をお願いいたします。			
検査所見 コピー(検査結果の添付も可能です)	血 圧	mmHg	
	eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	血清Cr mg/dL
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	血 尿 - ± + 2+ 3+
	尿蛋白定量	mg/dL	尿蛋白/Cr比 g/gCr
【結果】該当する箇所に○または☑を付けてください。			
再検査結果に 紹介基準に 基づく結果	eGFR値(mL/min/1.73m <sup>2</sup> )による紹介基準		蛋白尿による紹介基準
	① eGFR45未満 (40歳以上)		④ 蛋白尿1+(A3) 以上
	② eGFR60未満 (40歳未満)		⑤ 血尿(1+以上)を伴う 蛋白尿±(A2) 以上
③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下		⑥ eGFR60未満の 蛋白尿±(A2) 以上	
【今後の方針】該当する箇所に☑を1箇所のみ、付けてください。			
今後の方針 (1箇所のみチェック)	紹介基準に 該当	<input type="checkbox"/>	①再検査で異常なし ⇒ 健診で経過観察
		<input type="checkbox"/>	②自院で経過をみる。
		<input type="checkbox"/>	③自院以外の、患者のかかりつけ医で経過をみる。
		<input type="checkbox"/>	④既に腎臓診療医(医療機関名: )でフォロー中
		<input type="checkbox"/>	⑤その他 ( )
	紹介基準に 該当	<input type="checkbox"/>	⑥腎臓診療医(医療機関名: )へ紹介
		<input type="checkbox"/>	⑦患者の意向により、自院で経過をみる。
		<input type="checkbox"/>	⑧既に腎臓診療医( )でフォロー中
		<input type="checkbox"/>	⑨(CKD予防ネットワーク登録医としての) <u>かかりつけ医と腎臓診療医を兼ねており</u> 、腎臓診療医として経過をみる。(さつま町のみ)
		<input type="checkbox"/>	⑩その他 ( )
※ 受診報告書は患者受診後、添付の返信用封筒により下記宛てに郵送してください。			
川内保健センター	〒895-0055 薩摩川内市西開聞町6-10	電話: 22-8811	
さつま町保健福祉課保険係	〒895-1803 さつま町宮之城屋地1565-2	電話: 53-1111	
協会けんぽ鹿児島支部	〒892-8540 鹿児島市山之口町1-10 鹿児島中央ビル6階	電話: 099-219-1735	

(CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医) → 腎臓診療医)

薩摩川内市・さつま町 紹介シート (診療情報提供書)

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしく申し上げます。

令和 年 月 日

【紹介先医療機関】	
医療機関名	_____ 病院 _____ 科 _____ 先生
【紹介元医療機関】	
医療機関名	_____ 医師名 _____ 印

患者氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	昭和	年	月	日	才
	様	住所					

参考	健診で該当した紹介基準	① eGFR45未満 (40歳以上)	④ 蛋白尿1+(A3) 以上
		② eGFR60未満 (40歳未満)	⑤ 血尿(1+)を伴う蛋白尿±(A2) 以上
		③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下	⑥ eGFR60未満の蛋白尿±(A2) 以上

【CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)による検査結果】

紹介基準	eGFR値(mL/min/1.73m <sup>2</sup> )による紹介基準		蛋白尿による紹介基準	
		① eGFR45未満 (40歳以上)	④ 蛋白尿1+(A3) 以上	
	② eGFR60未満 (40歳未満)	⑤ 血尿(1+)を伴う蛋白尿±(A2) 以上		
	③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下	⑥ eGFR60未満の蛋白尿±(A2) 以上		

備考 ※ 原疾患に糖尿病がある場合には更に糖尿病専門医・専門医療機関への紹介も考慮することとされています。 ※ 蛋白尿一で血尿のみ+の場合、泌尿器科紹介または経過観察。

検査所見 (検査結果のコピーを添付も可能です)	必須項目	血圧	/ mmHg		
		eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup> 血清Cr _____ mg/dL		
		尿蛋白	- ± + 2+ 3+	血尿	- ± + 2+
	任意項目	早朝蛋白尿(定性)	- ± + 2+ 3+	尿蛋白/クレアチニン比	g/gCr
	糖尿病性腎症が疑われる場合	血糖 _____ mg/dL (空腹時・食後 _____ 時間)	HbA1c _____ % (NGSP値)		

合併症(含む既往歴)  糖尿病  高血圧  虚血性心疾患  脳卒中  高脂血症  高尿酸血症  その他 ( )

現病歴 (治療歴)	健診からの紹介	有 ( 年 月 ) ・ 無	以前の血清Cr値	mg/dL
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	

現在の処方 (処方箋のコピー可)

専門医への依頼項目  教育指導 [ ]  薬物調整 [ ]  合併症について [ ]  
 栄養指導 [ ]  その他 [ ]

紹介後の針  基本的に自院でみる  フォローは専門医へ任せたい

(腎臓診療医 → CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医))

様式2

### 薩摩川内市・さつま町 返信シート (診療情報提供書)

※同内容であれば、電子カルテや通常使用の返信様式でも可

【返信先医療機関】	
医療機関名	病院 _____ 科 _____ 先生 _____
【返信元医療機関】	
医療機関名	医師名 _____ 印 _____

患者氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	才
	様	住所					

受診日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

診断名	CKDstage	蛋白尿 A1~A3
-----	----------	-----------

検査結果	検査結果は別添参照		血圧	/	mmHg	推定1日尿蛋白量	g/day
	尿蛋白(定性)	- ± + 2+ 3+	血尿(定性)	- ± + 2+		Hb	g/dL
	Cr	mg/dL	eGFR		mL/min/1.73 <sup>mf</sup>	TP	g/dL
	BUN	mg/dL	Alb		g/dL	K	mEq/L

今回の結果と今後の治療方針 等	
-----------------	--

教育指導     薬物療法     栄養指導     その他

栄養指導	エネルギー量	kcal、食塩	g、たんぱく質	g、カリウム制限	有 無
------	--------	---------	---------	----------	-----

次回予定	年	月	日	または
	ヵ月後		予約	

年 月分

腎臓診療医 氏名

所属医療機関名

	受診回数	かかりつけ医からの 紹介の有無 ※1	患者氏名	性別 (男・女)	生年月日 (T S H)	かかりつけ医への 返信の有無 ※1
1	初診・再診	有・無・その他		男・女	T S H	有・無・その他
2	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
3	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
4	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
5	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
6	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
7	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
8	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
9	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他
10	初診・再診	有・無・その他				有・無・その他

※1 (CKD予防ネットワーク登録医としての)かかりつけ医と腎臓診療医を兼ねている場合は、「かかりつけ医からの紹介の有無」及び「かかりつけ医への返信の有無」の欄は**その他**を選択してください。

※ ご記入後は毎月まとめて、返信用封筒でご郵送ください。

薩摩川内市・さつま町  
CKD 予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)  
登録承諾書

薩摩川内市長  
さつま町長 殿

令和 年 月 日  
医療機関名  
医師氏名

薩摩川内市・さつま町 CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）として  
下記のとおり登録されることを承諾します。

また、下記の登録内容について、行政機関や医療機関など関係機関へ提供さ  
れるとともに、県民へ公表されることに同意します。

記

フリガナ	
医師氏名	
医療機関名	
診療科名	
所在地	〒
T E L	
F A X	
メールアドレス※	@

※ 市町からCKDに関する研修会等の情報を電子メールで提供されることを希望する場  
合には、メールアドレスをご記入ください。（メールアドレスは、提供や公表はいたしま  
せん。）

薩摩川内市  
さつま町  
協会けんぽ

CKD 予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)

## 登 録 証

医療機関名

医師氏名 殿

令和 年 月 日  
薩摩川内市長 印

薩摩川内市 CKD 予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）として下記のとおり登録しました。

### 記

フリガナ	
医師氏名	
医療機関名	
診療科名	
所在地	〒
T E L	
F A X	



薩摩川内市・さつま町CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)変更届

下記のとおり，登録内容等に変更があったので届け出ます。

薩摩川内市長  
さつま町長 殿

令和 年 月 日  
医療機関名  
医師氏名

記

\*変更のある箇所のみご記入ください。

変更項目	変 更 前	変 更 後
フリガナ		
医師氏名		
医療機関名		
診療科名		
所在地	〒	〒
T E L		
F A X		
メールアドレス	@	@

変更登録日 令和 年 月 日 (市町で記入)

薩摩川内市・さつま町  
CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)  
辞退届

薩摩川内市長  
さつま町長 殿

令和 年 月 日  
医療機関名  
医師氏名

薩摩川内市CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）を辞退するので  
届け出ます。

辞退理由	
------	--

## 薩摩川内市・さつま町腎臓診療医 登録承諾書

薩摩川内市長  
さつま町長 殿

令和 年 月 日  
医療機関名  
医師氏名

薩摩川内市・さつま町腎臓診療医として下記のとおり登録されることを承諾します。  
また、下記の登録内容について、行政機関や医療機関など関係機関へ提供されるとともに、県民へ公表されることに同意します。

### 記

フリガナ	
医師氏名	
医療機関名	
所在地	〒
T E L	
F A X	
学会認定の 専門医資格の有無	腎臓専門医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	透析専門医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
メールアドレス※	@

※ 市町からCKDに関する研修会等の情報を電子メールで提供されることを希望する場合には、メールアドレスをご記入ください。（メールアドレスは、提供や公表はいたしません。）

# 受講修了証

〇〇 〇〇 殿

あなたは、薩摩川内市CKD予防ネットワーク腎臓診療医専門セミナーの受講を修了されました。

令和 年 月 日

薩摩川内市

薩摩川内市・さつま町腎臓診療医変更届

下記のとおり，登録内容等に変更があったので届け出ます。

薩摩川内市長  
さつま町長

殿

令和 年 月 日  
医療機関名  
医師氏名

記

\*変更のある箇所のみご記入ください。

変更項目	変 更 前	変 更 後
フリガナ		
医師氏名		
医療機関名		
所在地	〒	〒
T E L		
F A X		
学会認定の 専門医資格の有無	腎臓専門医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 透析専門医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	腎臓専門医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 透析専門医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
メールアドレス	@	@

変更登録日 令和 年 月 日 (市町で記入)

薩摩川内市・さつま町腎臓診療医

## 辞退届

薩摩川内市長  
さつま町長 殿

令和 年 月 日  
医療機関名  
医師氏名

薩摩川内市 さつま町 腎臓診療医を辞退するので届け出ます。

辞退理由	
------	--