

年 月 日

御中

医療機関名 _____

代表者名 _____

鎌倉市糖尿病重症化予防事業腎症予防型の対象者抽出について（依頼）

貴社、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、当院は鎌倉市国民健康保険及び鎌倉市医師会が実施する糖尿病重症化予防事業腎症予防型（透析予防）に参画するため、当院にて加療中の患者の中から事業対象となる人を抽出することとなりました。

つきましては、当院から貴社に依頼した診療にかかる生化学検査のデータから、次の基準に該当する患者について連絡を頂きたいをお願い申し上げます。

1 抽出対象基準

年齢：40歳～74歳

eGFR：60ml/min/1.73 m²未満

2 抽出の対象となる検査実施日

概ね、____年____月以降に実施したもの。検査データの保存状況により、対応が可能な直近の案件のみの抽出で構いません。

3 患者名の連絡について

【患者名】、【生年月日】、【eGFR 値】及び【検査日】が分かるものを書面又はデータでご提出ください。様式は通常の検査報告に準じるもので構いません。

4 その他

糖尿病性腎症の急速進行症例の選定には過去の検査値との比較が重要です。検査値の経時変化や eGFR 以外の検査項目について抽出が可能であればデータ提供にご協力をお願いします。

【参考】鎌倉市糖尿病重症化予防事業腎症予防型の対象者基準（主治医が抽出する場合）

40歳から74歳までの鎌倉市国民健康保険加入者のうち次の基準を満たす者

- 1 2型糖尿病で受療中である
- 2 eGFR:60ml/min/1.73 m²未満
- 3 尿たん白（定性）1+以上

【担当】

