

## 【基準①】 特定健康診査の結果によるかかりつけ医への受診勧奨基準

いずれか一つでも満たす場合該当

1. HbA1c6.5%以上（眼科も併せて受診勧奨）
2. クレアチニン 男 1.30mg/dl 以上 女 1.00 mg/dl 以上
3. 尿蛋白+ 以上
4. 収縮期血圧 180mmHg 以上かつ/または拡張期血圧 110mmHg 以上

## 【基準②】 かかりつけ医からの紹介基準

### 【糖尿病治療協力医療機関】

1. 糖尿病合併症がなく HbA1c 8.0%以上(75 歳以上は 8.5%以上)が 3 ヶ月以上持続する場合
2. 糖尿病合併症があり HbA1c 7.0%以上(75 歳以上は 7.5%以上)が 3 ヶ月以上持続する場合
3. HbA1c が安定していても低血糖を月に 2 回以上起こす場合
4. 初診で空腹時 C ペプチドが 0.6 以下の場合
5. 紹介が必要と判断した症例

※高齢や怠薬などでコントロールが不良の場合、かかりつけ医の判断で紹介不要。

### 【CKD 治療協力医療機関】

どちらか一つでも満たす場合該当

1. 尿蛋白+ かつ 尿潜血+ 以上
2. 尿蛋白 2+ 以上

※紹介時、尿蛋白定量および尿沈渣の結果データを提供