

かかりつけ医 ⇒ 北野病院 腎臓内科 **医師**

※北野病院にご来院の際は、必ずこの用紙を患者さまにお渡しください。

慢性腎不全(CKD3・4・5期)
地域連携クリニカルパス

記入日 年 月 日
診療所名
医師名

患者氏名: 性別 生年月日
北野病院ID:

診察期間 ~

- バリエーション(該当箇所にチェックする)**
- ① なし
 - ② 進行する腎機能障害 (Cr1.0/月の上昇)
 - ③ 貧血進行(1.0/月以上の低下)
 - ④ 浮腫増強(体重増加3Kg/月以上)
 - ⑤ コントロールできない高血圧
 - ⑥ 続く食欲不振・脱水
 - ⑦ 感染症併発
 - ⑧ 間欠性跛行(500M歩行困難)
 - ⑨ 心不全併発
 - ⑩ 高カリウム血症(K5.5以上)

患者さんの状態	検査値(/)	変化
尿潜血		<input type="checkbox"/> あり
尿蛋白定性		<input type="checkbox"/> あり
尿蛋白定量		<input type="checkbox"/> あり
尿中クレアチニン定量		<input type="checkbox"/> あり
部分尿蛋白Cr換算値		<input type="checkbox"/> あり
クレアチニン		<input type="checkbox"/> あり
推算GFR		<input type="checkbox"/> あり
採血(3ヶ月に1回)	別紙添付	<input type="checkbox"/> あり
浮腫の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
体重		<input type="checkbox"/> あり
血圧		<input type="checkbox"/> あり
合併症出現の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

指導内容の継続 問題なし 問題あり

コメント

処方内容