

かかりつけ医⇒	北野病院 腎臓内科 北野病院 糖尿病内分泌センター	医師 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。

糖尿病性腎症

記入日 年 月 日

地域連携クリニカルパス

診療所名

医師名

先生 侍史

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)

- なし
- コントロール不良の血糖
- 尿蛋白増加(1.5倍以上):Ⅲ期以降
- 腎症Ⅱ期では尿蛋白出現(尿定性陽性)
- 尿潜血出現
- 急激な浮腫増加
- 体重増加(5~10%/日以上)
- コントロールできない高血圧
- Crの1.5倍悪化/推算GFR25%減少
- カリウム上昇(K5.5以上)
- 貧血進行(Hb/Ht=10/30以下)

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
微量アルブミン		<input type="checkbox"/> あり
尿蛋白定量		<input type="checkbox"/> あり
尿中クレアチニン		<input type="checkbox"/> あり
部分尿AlbCr換算値		<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
HbA1c		<input type="checkbox"/> あり
体重		<input type="checkbox"/> あり
血圧		<input type="checkbox"/> あり
浮腫の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
足病変の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

*採血結果はコピーの添付で結構です

指導内容の継続	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり
----------------	-------------------------------	-------------------------------

コメント(特に変わりなければ、記入不要です)

処方内容