

※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。

腎炎・ネフローゼ症候群(CKD1・2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 体重増加(0.5kg/日以上)
- ③ コントロールできない高血圧
- ④ 急激な浮腫増強
- ⑤ 腎機能悪化
- ⑥ 新たな尿潜血出現
- ⑦ 尿潜血悪化(2倍以上)
- ⑧ 持続する肉眼的血尿
- ⑨ 尿蛋白の増加(2倍以上)
- ⑩ その他

| 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