

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。

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	

※採血結果はコピーの添付で結構です

自施設の様式による診療情報提供書 あり なし

処方内容 ※お薬手帳等のコピーの添付でも結構です