

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

コメント

変化あり 変化なし

処方内容 ※お薬手帳等のコピーの添付で結構です