

慢性腎不全地域連携クリニックパス
(診療情報提供書)

市立東大阪医療センター ⇒ かかりつけ医

【患者様の基本医療情報】

ID:	患者氏名:	性別:	生年月日:
住所: 〒			TEL:

【当センターでの最新臨床情報】 (診察日:)

傷病名(原疾患):	眼底所見: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 眼底出血 <input type="checkbox"/> 高血圧性変化() () <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 (光凝固 あり・なし)
合併症及び既往: <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 泌尿器科疾患	喫煙歴: <input type="checkbox"/> なし () <input type="checkbox"/> あり (本/日× 年)
栄養指導: <input type="checkbox"/> 腎不全教室参加 () <input type="checkbox"/> 個人栄養指導 ※指導内容は別紙参照	理解度: 本人: 難 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 家族: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (続柄:)
備考:	

来院時血圧	/ mmHg	身長	cm	<input type="checkbox"/> 血液・尿検査
家庭血圧	/ mmHg	体重	kg	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン
eGFR	mL/min/1.73m ²	浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 心電図
蛋白尿(PCR)	g/gCr	<input type="checkbox"/> 眼瞼 <input type="checkbox"/> 足背		<input type="checkbox"/> 腹部エコー
CKDステージ		<input type="checkbox"/> 前脛骨 <input type="checkbox"/> 大腿		<input type="checkbox"/> 心エコー
		胸水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他()

【次回受診までの貴院でのフォローアップに関して】

毎月1回の受診時に以下の観察・加療継続をお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 (目標 / mmHg) <input checked="" type="checkbox"/> 体重 <input checked="" type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 検尿 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな合併症の有無	採血 (1~3ヶ月毎) に以下の項目もお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> Cr (eGFR) <input checked="" type="checkbox"/> 尿素窒素 <input checked="" type="checkbox"/> Hb (=CBC) <input checked="" type="checkbox"/> Na/K/Cl <input checked="" type="checkbox"/> TP/Alb <input checked="" type="checkbox"/> PCR (=尿蛋白/尿Cr比) <input checked="" type="checkbox"/> UA <input checked="" type="checkbox"/> LDLコレステロール <input checked="" type="checkbox"/> Ca/P <input checked="" type="checkbox"/> 血糖 <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c
担当医からのコメント:	

次回当センター受診:

- バリانس I 発生時に地域医療連携室で予約を早めて受診して下さい。
- バリانس II 発生時に地域医療連携室に当日の受診依頼、夜間の場合には救急外来受診を患者様にご指示下さい。
- 前回の診察から6ヶ月以上あく場合は、お手数ですが地域医療連携室で予約をお取り下さい。

バリانس I (紹介の指標)

- ① 進行する腎機能障害 (直近の検査データと比較し ΔCr≥1.0mg/dL上昇)
- ② 貧血の進行 (直近の検査データと比較し ΔCr≥1.0g/dL上昇)
- ③ 浮腫増強
- ④ 体重増加 (≥3kg/月)
- ⑤ 管理困難な重症高血圧
- ⑥ 感染症など合併症の併発

バリانس II (緊急受診の指標)

- ① 心不全徴候
- ② 高カリウム血症 (K≥6.0mEq/L以上)