

年 月 日

診療情報提供書

(CKD 連携パス かかりつけ医 → 中川 シートIV)

紹介先医療機関名

中川クリニック第二診療所

担当医 侍史

紹介元医療機関

所在地及び名称

医師氏名

患者氏名	()	性別	男・女
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	歳
傷病名	慢性腎不全 (保存期)		
合併症			
紹介目的	上記傷病に対する診察		

診察期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------	---------------

患者さんの状態	検査値 (/)	変化	バリエーション (該当箇所をチェックする)
尿潜血		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ①なし
尿蛋白定性		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ②進行する腎機能障害
尿蛋白定量		<input type="checkbox"/> あり	(Cr1.0/月の上昇)
尿中クレアチニン定量		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ③貧血進行 (1.0/月以上の低下)
部分尿蛋白 Cr 換算値		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ④浮腫増強 (体重増加 3kg/月以上)
クレアチニン		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ⑤コントロールできない高血圧
推算 GFR		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ⑥続く食欲不振・脱水
採血	別紙添付	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ⑦感染症併発
浮腫の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ⑧間欠性跛行 (500M 歩行困難)
体重		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ⑨心不全併発
血圧		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ⑩高カリウム血症 (K5.5 以上)
合併症出現の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
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

処方内容
