

江南厚生病院CKD連携 再紹介チェックシート

患者名	様	生年月日:	年	月	日(才)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
-----	---	-------	---	---	----	----	----------------------------	----------------------------

連携腎臓内科医	江南厚生病院医師名:
---------	------------

- ・患者様受診時の、定期的なチェックにご活用ください。
- ・再紹介基準に該当した場合は、下記の次回予定日を問わず再紹介をご考慮ください。
- ・紹介の際には診療情報提供書と共に本票と検査データ等を添付していただき、ご紹介下さいますようお願いいたします。

専門医記載欄		かかりつけ医記載欄			
		年	月	日	
身体所見	再紹介基準				
	目標	目標より大きく逸脱(頻回に+30mmHg以上)			
	/ mmHg	*ARB、ACE阻害薬、レニン阻害薬、抗アルドステロン薬は高カリウム血症・血清クレアチニン値の上昇を来すことがありますので増量や追加する際は十分ご注意ください。			
	体重 ()kg	2kg/月以上の体重増加	体重 kg	体重 kg	体重 kg
	浮腫	浮腫の増悪	□ : あり	□ : あり	□ : あり
心不全症状	呼吸困難・心不全症状	□ : あり	□ : あり	□ : あり	
検査所見	血清Cr値 ()mg/dL	左記の値より50%以上の上昇	Cr mg/dL	Cr mg/dL	Cr mg/dL
	血清K値	5.5mEq/L以上	K mgEq/L	K mgEq/L	K mgEq/L
	尿蛋白/尿クレアチニン比()	左記の値より2倍以上の上昇	U-TP/Cr	U-TP/Cr	U-TP/Cr
	Hb値 ()g/dL	左記の値より2g/dL以上の低下	Hb g/dL	Hb g/dL	Hb g/dL
	特記すべき項目 (処方の変更、臨床的に気になる点等)		□ : あり (内容の記載と、どのような対応をされたか記載をお願いします)	□ : あり (内容の記載と、どのような対応をされたか記載をお願いします)	□ : あり (内容の記載と、どのような対応をされたか記載をお願いします)
次回予定		□ : 再紹介	□ : 再紹介	□ : 再紹介	
・ 年 月 日 予約済		□ : 治療内容の変更	□ : 治療内容の変更	□ : 治療内容の変更	
・ 月 後		□ : 経過観察	□ : 経過観察	□ : 経過観察	