

## 慢性腎不全地域連携クリニカルパス

年 月 日 発行

## (診療情報提供書)

かかりつけ医 ⇒ 市立東大阪医療センター

【かかりつけ医】

医療機関名
住所
TEL
医師名

市立東大阪医療センター

〒578-8588 東大阪市西岩田3-4-5

TEL:06-6781-5101(代表)

FAX:06-6782-5610(直通)

腎臓内科医

## 【患者様の基本医療情報】

ID :	患者氏名 :	性別 :	生年月日 :
住所 : 〒			TEL :

## 【かかりつけ医での直近フォロー期間】

( 年 月 日 ~ 最終 年 月 日 )

## 【病名】慢性腎不全

## 【既往歴】

## 【バリエーションの評価】

予定受診	検査項目他	日付		測定値	
		日付	測定値	日付	測定値
<input type="checkbox"/> バリエーションなし	Cr (mg/dL)			→	
<b>バリエーション I (早期紹介の指標)</b> <input type="checkbox"/> 進行する腎機能障害 (直近の検査データと比較し $\Delta Cr \geq 1.0$ mg/dL上昇) <input type="checkbox"/> 貧血の進行 (直近の検査データと比較し $\Delta Hb \geq 1.0$ g/dL低下) <input type="checkbox"/> 浮腫増強 <input type="checkbox"/> 体重著変 ( $\geq 3$ kg/月増減) <input type="checkbox"/> 管理困難な重症高血圧 <input type="checkbox"/> 感染症など合併症の併発	eGFR (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )			→	
	尿潜血 (試験紙法)			→	
	尿蛋白 (試験紙法)			→	
	PCR (g/gCr)			→	
<b>バリエーション II (緊急受診の指標)</b> <input type="checkbox"/> 心不全徴候 <input type="checkbox"/> 高カリウム血症 ( $K \geq 6.0$ mEq/L)	血圧 (mmHg)			→	
	体重 (kg)			→	
	浮腫 (症状など)			→	

## 【連絡事項 (処方変更や合併症がありましたらご記載下さい)】

## 【当日ご持参いただくもの】

市立東大阪医療センター  
2階 腎臓内科専門外来

受診

- 本クリニカルパス
- 採血結果用紙 (可能であればご持参下さい)
- 処方内容～お薬手帳
- 血圧手帳など自己管理手帳
- 画像データ (必要であれば)
- その他 ( )