熊本市CKD対策推進　再紹介チェックシート

【様式2】

患者名　　様　生年月日　年　月　日（　才）　男・女

連携腎臓専門医	病院名：　　医師名：

・患者様受診時の、定期的なチェックにご活用下さい。
・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	再紹介基準	年　月　日	年　月　日	年　月　日
身体所見	血圧 目標 ／ mmHg	目標より大きく逸脱(頻回に＋30mmHg以上)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
			□：あり	□：あり	□：あり
		＊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た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。			
身体所見	体重 （　）kg	2Kg/月以上の体重増加	体重　Kg	体重　Kg	体重　Kg
			□：あり	□：あり	□：あり
身体所見	浮腫	浮腫の増悪	□：あり	□：あり	□：あり
身体所見	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
			□：あり	□：あり	□：あり
検査所見	血清K値	5.5mEq/L以上	K　mEq/L	K　mEq/L	K　mEq/L
			□：あり	□：あり	□：あり
検査所見	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
			□：あり	□：あり	□：あり
		＊初回紹介後は、随時尿でも尿の濃縮・希釈の影響を補正し適切な尿蛋白の評価が可能な、『尿蛋白/尿クレアチニン比』の定期的なチェックをお願いいたします。			
検査所見	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
			□：あり	□：あり	□：あり
専門医からのコメント		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 ・　年　月　日予約済 ・　ヵ月後		対応	□：再紹介 □：治療内容の変更 □：経過観察	□：再紹介 □：治療内容の変更 □：経過観察	□：再紹介 □：治療内容の変更 □：経過観察