

CKD連携パス I：慢性腎臓病

患者名 _____ 様 性別 男・女

年齢 _____ 歳

適応基準 判定基準の1～4のいずれかを満たしている、かつ、患者が連携パスに同位。

合併症 _____

	月 日 お送りいただいた日	月 日 日野市立病院 初診日
達成目標	患者が腎臓病であることを知っている 日野市立病院に、連携パスで行くことを理解している	検査の説明に同意
検査・指導	検査 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <判定基準のいずれかを選んでください> 1 尿タンパク 2+以上 2 尿タンパクと尿潜血がともに陽性 3 eGFRが、50ml/分/1.73m ² 以下 4 尿タンパクが 0.5g/gクレアチニン値 ※以上 < 検査結果があれば記載してください > 尿検査 尿蛋白 (- 1+ 2+ 3+) 血尿 (- 1+ 2+ 3+) 尿中タンパク濃度 (A) <input type="text"/> mg/dL 尿中クレアチニン値 (B) <input type="text"/> mg/dL A÷B=尿タンパク量 <input type="text"/> g/日 ※ 血液検査 血清クレアチニン値 <input type="text"/> mg/dL eGFR <input type="text"/> ml/分/1.73m ²	血液検査 BUN タンパク電気泳動 Cre C3 UA C4 Na ASO K トランスフェリン Cl ANA Ca antiDNA抗体 P MPO-ANCA TP PR3-ANCA Alb IgG * IgE IgA * anti-GBM Ab IgM * IEP免疫電気泳動 尿検査 部分尿 一般検尿・尿沈渣* 特殊項目 Na Cre タンパク濃度 IgG トランスフェリン 尿中NAG * BJタンパク 蓄尿検査の容器を渡す 腹部エコーの予約
薬剤	薬剤確認(常用薬)	
説明・同意	事前説明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
その他	紹介元病医院名 医 師 名	

日野市立病院

(医療者用)

地域連携クリニカルパス・南多摩CKDネット

日野市立病院担当医 _____

月 日	月 日
日野市立病院 2回目受診日	お返事
検査結果を説明する	検査結果から治療方針が決定されている 患者が病状説明を理解し、医師の指示に同意する
蓄尿 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 タンパク定量 BUN Cre Na K Cl Ca P UA 腹部超音波検査 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 栄養指導を予約 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 熱量 <input type="text"/> カロリー 塩分 <input type="text"/> g タンパク <input type="text"/> g 腎臓病教室を予約(オプション) <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	診断名 _____ CKDステージ 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 当院にて精査・加療が必要です <input type="checkbox"/> 腎生検が必要です <input type="checkbox"/> ステロイドや免疫抑制剤などの専門治療が必要です <input type="checkbox"/> <input type="text"/> ヶ月後に再検査といたしました。 <input type="checkbox"/> 下記の定期的検査をお願いします。 <input type="checkbox"/> ヶ月の検査をお願いします。 尿蛋白 <input type="text"/> 以上 血清クレアチニン値が <input type="text"/> mg/dL 以上 その他: _____ になりましたら、再紹介をお願いします。
	変更薬剤 □なし □あり ()
	今後方針の同意 □なし □あり