

深谷赤十字病院腎臓内科 CKD連携クリニカルパス

担当医師 腎臓内科・医師氏名

〈お返事〉	年	月	日
フリガナ 患者氏名 _____	(男・女)		
生年月日 明・大・昭・平	年	月	日 (才)
原疾患名	CKD stage G□・A□		
【治療方針】 <input type="checkbox"/> 血圧を □□□/□□mmHg～□□□/□□mmHg にコントロールして下さい。 <input type="checkbox"/> 食事療法 [<input type="checkbox"/> 蛋白質制限食 (0.8g/体重(kg)/日)、 <input type="checkbox"/> 減塩食 (6g/日)] を継続して下さい。 <input type="checkbox"/> 血糖管理 (目標HgA1c 7%以下) を行って下さい。 <input type="checkbox"/> その他: (_____)			
【処方薬】 以下の処方薬を <input type="checkbox"/> 開始しました <input type="checkbox"/> 処方をご検討下さい 降圧薬: ARB/ACEI (_____)、Ca拮抗薬 (_____)、その他 (_____) 血糖降下薬: SGLT2阻害薬 (_____)、DPP-4阻害薬 (_____)、その他 (_____) エリスロポエチン製剤: (_____)、 HIF-PH阻害薬: (_____)、 その他: (_____)、(_____)、(_____)			
【栄養指導】 推定蛋白摂取量は(_____ g/日)で目標(_____ g/日)と比べ、 <input type="checkbox"/> 過剰、 <input type="checkbox"/> 適正、 <input type="checkbox"/> 不足でした。 推定塩分摂取量は(_____ g/日)で目標(_____ g/日)と比べ、 <input type="checkbox"/> 過剰、 <input type="checkbox"/> 適正、 <input type="checkbox"/> 不足でした。 <input type="checkbox"/> 下記内容で栄養指導を実施しました。 (カロリー _____ Kcal/日, 蛋白 _____ g/日, 塩分 _____ g/日, カリウム _____ g/日)			
【今後の方針】 <input type="checkbox"/> 貴院で引き続きご加療下さい。(以下のいずれかを呈しましたら再紹介をお願いします) ・血清クレアチニン値の上昇 (□.□mg/dL以上) ・検尿所見の変化・急激な体重増加・浮腫・心不全 ・その他 (_____) <input type="checkbox"/> 併診させていただきます。 (_____) 月に1度程度、当科でも診療させていただきます、腎機能の確認や栄養指導を行います。 <input type="checkbox"/> 当科で診療を引き継がせて頂きます。 <input type="checkbox"/> 検査・治療後、症状安定しましたら貴院へ逆紹介させていただきます。 <input type="checkbox"/> 近い将来の腎代替療法が必要と思われます。適切な時期に腎代替療法導入後、患者様と相談のうえ、当院または他の透析施設などへ紹介させていただきます。 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			