

CKD 相談シート

(大手前病院腎臓内科用)

平成 年 月 日

| 症 例 | |
|------|-------|
| 年 齢 | 歳 |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 臨床診断 | |

| |
|---------|
| 紹介元医療機関 |
| 住所 |
| TEL |
| FAX |
| 医師氏名 |

| 検 査 成 績 | | 悪 化 | 検 査 成 績 | | 悪 化 |
|---------|-------|-----------------------------|---------|--|-----------------------------|
| 尿蛋白 | | <input type="checkbox"/> あり | アルブミン | g/dL | <input type="checkbox"/> あり |
| 尿潜血 | | <input type="checkbox"/> あり | Hb | g/dL | <input type="checkbox"/> あり |
| Cr | mg/dL | <input type="checkbox"/> あり | 血圧 | <input type="checkbox"/> 130/80 未満 | <input type="checkbox"/> あり |
| BUN | mg/dL | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> 130-160/80-90 | |
| K | mEq/L | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> 160/90 以上 | |
| 投薬内容 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 相談事項 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- * 原則として、毎週（火）（木）に回答させていただきます。
- * 至急回答が必要な場合は、その旨ご明記ください。

<回 答> (下記から一つを選んでください)

No.

1. 現時点で専門医受診は不要ですので、引き続きご加療をお願いいたします。
2. 現時点では専門医受診は不要ですが、(半年後・1年後)に再度ご相談ください。
3. 専門医受診が必要ですので、ご紹介いただければ幸いに存じます。

(外来で精査予定です 入院加療が必要と考えます)

| |
|------|
| コメント |
| |
| |
| |
| |

回答日 平成 年 月 日 回答者 腎臓内科 _____

大手前病院 地域医療連絡室 TEL (06) 6966-5335 FAX (06) 6966-5336