

# 湘南鎌倉総合病院CKD治療計画書

紹介元

計画書作成病院： 湘南鎌倉総合病院  
腎臓病総合医療センター

所在地： 〒247-8533 神奈川県鎌倉市岡本1370-1  
電話番号： 0467-46-1717 FAX： 0467-45-0190

診療科：

医師名：

.....  
先生 御侍史

ID

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	殿	男・女		
住所			TEL	

診断	<input type="checkbox"/> CKDでない <input type="checkbox"/> CKD CGA分類 <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3a <input type="checkbox"/> G3b <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> その他診断名 { _____ }
腎障害悪化の考えられる要因	
主な血液・尿検査結果	

画像診断結果	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
方針	<input type="checkbox"/> ① 至急入院 <input type="checkbox"/> ② 予約入院 <input type="checkbox"/> ③ 外来フォロー <input type="checkbox"/> ④ 今回 (または次回) のみ
入院目的	<input type="checkbox"/> ① 腎障害悪化の精査 <input type="checkbox"/> ② 腎障害治療 <input type="checkbox"/> ③ RRT導入
食事療法の留意点	
薬剤投与注意点	<input type="checkbox"/> ESA注射 <input type="checkbox"/> HIF-PHI <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 (エンパグリフロジン・ダパグリフロジン) <input type="checkbox"/> MRA (フィネレノン) ..... <input type="checkbox"/> 貴院にてお願いします <input type="checkbox"/> 当院にて処方します
その他の問題点	<input type="checkbox"/> 貧血管理 <input type="checkbox"/> 骨ミネラル対策 <input type="checkbox"/> Kアシドーシス対策 <input type="checkbox"/> 尿毒症対策 <input type="checkbox"/> 検査
再診のタイミング	<input type="checkbox"/> 主に、貴院で加療をお願いします ( _____ カ月後再診致します) <input type="checkbox"/> CKDについては、当院で加療致します (次回診察日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> _____ カ月後に画像・生理学的検査 ( _____ ) を行います <input type="checkbox"/> 下記の異常所見を認めた場合、再依頼をお願いします <input type="checkbox"/> 腎機能の急激な悪化 (30%以上) <input type="checkbox"/> 尿蛋白の急な増加 (1g / 日以上)