

山梨県CKD対策推進 再紹介チェックシート 改訂版(2017年4月)

患者名:	様	生年月日:	年	月	日	(歳)	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使用ください。
- 下記再紹介指針はあくまで目安です。先生方のご判断で再紹介をご検討ください。
- ご紹介いただく際は診療情報提供書と検査データの時系列等を添付してください。

＜栄養指導＞

- 本患者には栄養指導は不要と判断します。
- 当院で栄養指導済です。
- 貴院で栄養指導をご検討下さい。

	チェック項目		再紹介の判断指針
身体所見	血 圧	mmHg	左記の値より頻回に30mmHg以上上昇した場合
	体 重		2 kg/月以上急激に増加した場合
	浮 腫		浮腫が増悪した場合
	心不全症状		呼吸困難・心不全症状の出現
検査所見	血清クレアチニン値	mg/dL	左記の値より高くなった場合
	eGFR	mL/分 /1.73m ²	左記の値より低くなった場合
	血清カリウム値		5.5 mEq/L以上に上昇した場合
	ヘモグロビン値	g/dL	左記の値より低くなった場合
	尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr	左記の値より多くなった場合

項目	指導内容
総エネルギー	kcal
たんぱく質	g
塩分	g
カリウム	mg

※外来での栄養指導は、山梨県栄養士会から管理栄養士を派遣していただく方法もあります。
 ご希望の場合は、山梨県栄養士会にご相談下さい。
 山梨県栄養士会:055(222)8593

次回再診日	年	月	日	午前・午後	時	分から	上記再紹介指針のいずれかを満たすとき
-------	---	---	---	-------	---	-----	--------------------