**腎臓専門医療機関　⇒　かかりつけ医**

# 栃木県CKD連携　治療計画書

　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**先日ご紹介頂きました患者さんに関しての治療計画の提案です。宜しく御査収ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ＜紹介元医療機関＞  医療機関名 | ＜担当腎臓専門医療機関＞  医療機関名 |

先生 担当医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | 性別 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　歳） |
|  |

診断

□CKDではない　　　□急性腎障害 (AKI)（CKDの急性増悪を含む）

□CKD　原疾患：　重症度ステージ分類：G区分 G1, G2, G3a, G3b, G4, G5　：A区分　A1, A2, A3

□その他の診断名

画像診断

□腹部CT

□腹部エコー

## □その他（　　　　　　）

食事療法の留意点

□貴院でお願いします　　□当院より処方します

薬剤投与・その注意点

その他の問題点

|  |
| --- |
| □貧血対策　□骨ミネラル対策・Ca-P管理　□高カリウム血症・アシドーシス対策  □尿毒素対策　□血圧管理　□糖代謝管理　□脂質代謝管理　□心不全管理　□高尿酸血症管理  □検査（　　　　　　　　　　　　） |
|  |

再診のタイミング

## □主に、貴院で加療をお願いします（　　　ヶ月後再診します）

## □CKDについては、主に当院で加療します（次回受診予定日　　　年　　月　　日）

□下記の異常所見を認めた場合、再依頼お願いします。