

初診資料

於本院開始透析日期 是否他院轉入 是 否

轉入院所 健保醫事代號

病史

開始治療院所(若無法選取，請直接輸入學會編號或院所名稱即可)

開始血液透析日期 本院開始 其他院所

第一次PD植管日期 本院開始 其他院所

第一次腎移植日期 本院開始 其他院所

過去病史及檢查是否知為慢性腎衰竭 是 否

BUN或Creatinine異常 說明 BUN Creatinine 日期

腎臟超音波檢查異常 說明 日期

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 以下皆無 | <input type="checkbox"/> 左腎臟剩餘 6-8cm | <input type="checkbox"/> 右側水腎 |
| <input type="checkbox"/> 左腎臟剩餘 8-10cm | <input type="checkbox"/> 右腎臟剩餘6-8cm | <input type="checkbox"/> 慢性腎實質病變 |
| <input type="checkbox"/> 右腎臟剩餘 8-10cm | <input type="checkbox"/> 左側水腎 | <input type="checkbox"/> 其他說明 |

開始透析之其他相關系統性疾病

<input type="checkbox"/> 以下皆無	<input type="checkbox"/> 缺血性心臟病	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腦血管病變	<input type="checkbox"/> 其他 (請說明) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 慢性肝疾病/肝硬化	
<input type="checkbox"/> 鬱血性心衰竭	<input type="checkbox"/> 惡性腫瘤	糖尿病DM型式: <input type="checkbox"/> IDDM <input type="checkbox"/> NIDDM <input type="checkbox"/> 未明

長期透析適應症

以下資料請填該病患首次接受長期透析治療之適應症檢驗值

開始透析前檢驗日期

Hct (%) <input type="text"/>	K (meq/l) <input type="text"/>	Albumin(gm/dl) <input type="text"/>	eGFR(ml/min) <input type="text"/>
Hb (g/dl) <input type="text"/>	CCr(ml/min) <input type="text"/>	體重(Kg) <input type="text"/>	
BUN (mg/dl) <input type="text"/>	Creatinine (mg/dl) <input type="text"/>	身高(cm) <input type="text"/>	

適應症種類 1 肌酐廓清率Ccr或eGFR<5ml/min,或血清肌酐Cr \geq 10.0 mg/dl,並合併下列症狀者
 2 糖尿病:Ccr或eGFR \leq 15ml/min,或血清Cr \geq 6mg/dl; 非糖尿病:Ccr或eGFR \leq 10ml/min,或血清Cr $>$ 8mg/dl,
並合併下列症狀者

合併症狀 (請詳細填寫) 3 其他, 並合併下列症狀者

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 以下皆無 | <input type="checkbox"/> 噁心、嘔吐 (藥物難以控制) |
| <input type="checkbox"/> 心臟衰竭或肺水腫 | <input type="checkbox"/> 代謝性酸血症 (藥物難以控制) |
| <input type="checkbox"/> 心包膜炎 | <input type="checkbox"/> 惡病體質 (Cachexia) |
| <input type="checkbox"/> 出血傾向 | <input type="checkbox"/> 重度氮血症 (BUN > 100 mg/dl) |
| <input type="checkbox"/> 神經症狀: 意識障礙、抽搐或末梢神經病變 | <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 高血鉀 (藥物難以控制) | |

HBsAg 陽性(+) 陰性(-) 未做 Anti-HCV 陽性(+) 陰性(-) 未做