

慢性腎臟疾病 (CKD) 新收案病患基本資料與病史記錄表

有星號*者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

I. 病患基本資料： CKD病患編號： _____ - _____ (TSN透析院所代號-流水號)

*基本資料：登錄日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

*姓名： _____ 病歷號碼： _____ *身份證字號： _____

*生日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 *性別： 男、女 血型： A、B、AB、O、未驗

婚姻： 已婚、未婚、離婚、喪偶、分居、同居、未明 宗教信仰： _____

教育程度： 無、小學、國中、高中 (職)、大專 (學) 以上

職業： 軍、公、教、農、林、漁、牧、商、工、礦、學生、自由業、家管、無、其他：

溝通語言： 國語、閩南語、客家話、原住民語言、其他： _____

主要經濟來源： 獨立自主、父母、配偶、子女、手足、政府、朋友

*目前居住地： _____ 電話： _____

*縣市： _____ *區鄉市鎮： _____ 村里： _____

路街： _____ 段巷弄樓號： _____

II. 病史記錄：

*本院開始 CKD 治療日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治醫師： _____

*原發病大類： _____ (請參照腎臟醫學會透析軟體疾病分類表)

*原發病細類： _____

*其他： _____

*發現至今歷史：時間： _____ 周； _____ 月； _____ 年

1. 病患腎臟疾病病史：(可複選)

(A) 過去病史：

* (1) 如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現 是 否 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 是 否 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 是 否 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 是 否 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現 是 否 不知道

(2) 發現腎臟疾病之症狀前是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 是 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未癒 是 否 不知道

蛋白尿或血尿 是 否 不知道

眼臉浮腫或手腳水腫 是 否 不知道

背部肋骨下緣疼痛 是 否 不知道

時常覺得倦怠無力 是 否 不知道

夜裡無法入睡 是 否 不知道

血壓高，全身不適 是 否 不知道

夜裡頻尿，無法入睡	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
尿量減少	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
胃口不好	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
常有噁心、嘔吐之情形	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
有頭暈、眼花之情形或貧血	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
夜裡需採坐姿，才能入睡	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道

* (3) 使用藥物病史：

時常服用中草藥或偏方	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
時常因疼痛服用止痛劑	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
時常找其他方式打針，如（消炎、止痛）	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
使用不明藥物	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
其他：_____	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道

(4) 就診方式：

自行就診	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
他科轉入	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
經親朋介紹	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
經報章媒體介紹	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
其他：_____	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道

* (B) 伴隨系統性疾病：(Co-morbidity，就醫時除腎臟疾病外已經存在的疾病)

高血壓	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
糖尿病	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
鬱血性心臟病	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
缺血性心臟病	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
腦血管病變	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
慢性肝病/肝硬化	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
惡性腫瘤	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
結核病	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
高血脂症	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
視網膜病變	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
神經病變	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
貧血	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
自體免疫疾病	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道
其他：_____	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道

(C) 過去治療病史：

未治療	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
很正規治療	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
注射紅血球生成素 (EPO)：	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
曾輸血：	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
服用中草藥	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
服用 NSAID 止痛劑	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否

服用健康食品：_____ 是 否

* (D) 自我照顧狀況：

- 完全獨立 是 否
需旁人協助 是 否
完全由旁人照顧 是 否
抽煙：(___根/日，持續___年，戒煙___年) 是 否
喝酒：(頻率：___量：___種類：___) 是 否
運動：(頻率：___，項目：___) 是 否
檳榔：(___粒/日，持續___，戒檳榔___年) 是 否

*2. 其他疾病家族史：

- a. 糖尿病 是 否 不知道
b. 高血壓 是 否 不知道
c. 心臟病 是 否 不知道
d. 腦血管病變 (中風) 是 否 不知道
e. 高血脂症 是 否 不知道
f. 腎臟病 是 否 不知道
g. 惡性腫瘤：_____ 是 否 不知道
h. 痛風 是 否 不知道
i. 遺傳性腎臟疾病：_____ 是 否 不知道
j 自體免疫疾病 是 否 不知道

III. 收案前後使用藥物：

- 使用降壓藥： 是 否 不知道
ACEI ARBs Other: _____
注射胰島素：_____ 是 否 不知道
使用降血糖藥：_____ 是 否 不知道
使用降血脂藥：_____ 是 否 不知道
注射紅血球生成素 (EPO)：_____ 是 否 不知道

IV. 住出院記錄 (收案日起往前回溯一年內) 是 否 不知道

住院日期：___年___月___日至___年___月___日 /原因：_____
___年___月___日至___年___月___日 /原因：_____

V. 自我照顧評估與健康行為：

1. 您每天有規則服藥？ 是 否 不知道
2. 您有依照醫師指示定期到醫院回診、檢查？ 是 否 不知道
3. 您定期 (至少 3 次/週) 保持運動嗎？ 是 否 不知道
4. 您有飲食控制？ 是 否 不知道
5. 您的最近血糖是否控制在飯前 120mg/dl 以下？ 是 否 不知道
6. 您的血壓是否控制在 130/80mmHg 以下？ 是 否 不知道
7. 您的體重是否控制在建議範圍？ 是 否 不知道
8. 有每星期至少一次定期測血壓？ 是 否 不知道
9. 您有規則記錄血壓值？ 是 否 不知道
10. 您有定期追蹤血液檢查？ 是 否 不知道

- 說明：** 1.本表已在國民健康局之腎臟保健推廣機構計畫使用多年，病患病史記錄較詳細，
但為顧慮院所層級與人力，**標示*號之項目為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選**
- 2.本表為病患基本資料，請注意保密性
- 3.門診新收個案，且依規定填報相關量表後，得申報本項收案管理照護費，
- 4.資料除留存院所備查外，另需上傳台灣腎臟醫學會作為年度評估。

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤記錄總表

CKD病患編號：_____ - _____ (TSN透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：男 女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：____年__月__日 收案日期：____年__月__日

衛教日期	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
衛教對象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
衛教方式	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____
BP (mmHg)				
BW(kg)				
腰圍(cm)				
臀圍(cm)				
BMI				
BUN (mg/dl)				
Cr. (mg/dl)				
Hct (%)				
CC-GFR(自行參考)				
GFR(MDRD-S)				
Stage	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
藥物使用				
降壓藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他：_____
胰島素	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
降血糖藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
降血脂藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
紅血球生成素	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
住院記錄				
住院日期	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
出院日期	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
原因	_____	_____	_____	_____
衛教指導項目 (依代碼填寫)				
備註				
衛教師簽名				

- 說明：1.衛教內容請依 **CKD 照護各階段之衛教指導項目編號填寫**，按衛教次數依序填寫，資料留存院所備查
- 2.本表之功能在於提醒醫護人員，病患已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病患病歷內或病患個案管理檔案中

慢性腎臟疾病(CKD)照護各階段之衛教內容 (附表 2-2 參用)

Stage 1：(半年追蹤一次) 腎功能正常微量蛋白尿GFR： ≥ 90 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ●複述腎臟的構造與功能 ●認識腎臟疾病常見的症狀 ●認識腎臟常見之檢查 ●認識腎臟之檢驗值. ●認識腎臟穿刺之必要性 ●說出服用類固醇之注意事項 ●能說出如何預防腎臟疾病 ●願意配合定期門診追蹤 ●願意接受定期護理指導計劃方案 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 1-6. 類固醇藥物之護理指導 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 1-8. 教導定期追蹤之重要性

Stage 2：(半年追蹤一次) 輕度慢性腎衰竭GFR：60~89 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ●瞭解腎臟疾病分期及進展 ●能辨別異常檢驗值 ●認識造成腎臟疾病之危險因子 ●判別高血脂高血壓糖尿病與腎臟病之相關性 ●能選擇正確之治療方式 	<ol style="list-style-type: none"> 2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 2-4. 簡介高血壓及其併發症 2-5. 簡介高血脂及其併發症 2-6. 簡介糖尿病及其併發症

Stage 3：(三個月追蹤一次) 中度慢性腎衰竭GFR：30~59 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ●認識慢性腎衰竭 ●說出慢性腎衰竭及常見之併發症與處理 ●認清腎臟替代療法之必要性 ●認識腎臟替代療法 ●瞭解正確透析時機 ●能參與討論腎衰竭之治療計劃 	<ol style="list-style-type: none"> 3-1. 簡介慢性腎衰竭 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 3-3. 影響腎功能惡化的因子 3-4. 血液透析治療介紹 3-5. 腹膜透析治療介紹 3-6. 正確透析時機介紹

Stage 4：(三個月追蹤一次) 重度慢性腎衰竭GFR：15~29 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ●持續影響腎功能惡化的因子 ●瞭解預防感冒及感染之重要性 ●認識貧血治療 ●持續認識慢性腎衰竭之併發症 ●持續認識腎臟替代療法 ●認識透析治療通路 	<ol style="list-style-type: none"> 4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 4-4. 持續介紹透析治療 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植) 4-5. 介紹透析治療通路 (動靜脈瘻管、雙腔透析導管、腹膜透析導管)

Stage 5：(二週至四週追蹤一次) 末期腎臟病變GFR： < 15 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ●瞭解緊急就醫黃金時段 ●能說出血管通路種類與自我照護 ●認識透析治療合併症 ●能參與透析治療之選擇 	<ol style="list-style-type: none"> 5-1. 把握緊急就醫黃金時段 5-2. 血管通路的照護 5-3. 腹膜透析導管的照護 5-4. 透析治療合併症介紹 (血液透析、腹膜透析) 5-5. 換腎準備須知介紹

附表 2-3 (適用 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C)

慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗記錄總表

CKD病患編號：_____ - _____(TSN透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：男 女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：____年 月 日 收案日期：____年 月 日

申報類別	初收	追蹤1	追蹤2	追蹤3	年度	追蹤1	追蹤2	追蹤3	年度	結案
年/月/日										
BP (mmHg)										
BH (cm)										
BW (kg)										
MDRD-S (ml/min/1.73 m ²)										
CG-GFR (ml/min) (自行參考)										
CKD Stage										
WBC (×1000/ul) (參考)										
Hb (g/dl) (參考)										
Hct (%)										
Platelet (×1000/ul) (參考)										
BUN (mg/dl)										
Creatinine (mg/dl)										
Uric acid (mg/dl)										
Na (mmol/L)										
K (mmol/L)										
Total Ca (mg/dl)										
P (mg/dl)										
HCO ₃ (meq/L)or TCO ₂ (參考)										
Albumin (gm/dl)										
CHOL (mg/dl)										
TG (mg/dl)										
HDL-C (mg/dl) (參考)										
LDL-C (mg/dl) (參考)										
AC Sugar (mg/dl) (DM)										
HbA1C(%) (DM)										
Urine Total Protein (mg/dl)										
Urine Creatinine (mg/dl)										
Urine PCR (mg/g)										
HBsAg (一次) (參考)										
Anti-HCV (一次) (參考)										
GPT (IU/L) (參考)										

說明：本表供收案其間所有檢驗資料匯整之用，含新收個案 2C、三個月追蹤 3C、年度 4C、及結案 5C，無底色者為規定填寫應做之檢驗項目，有底色者為參考項目可量力完成與填寫，本留存院所備查供抽審外，另需上傳台灣腎臟醫學會作為年度評估。

附表 2-4：(適用 P3402C、P3403C) (黏貼病歷用)

慢性腎臟疾病(CKD)個案追蹤照護病歷記錄表

CKD病患編號：_____ - _____ (TSN透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 病歷號碼：_____ 衛教日期：_____年 _____月 _____日

Stage :	GFR :	ml/min/1.73 m ²	BP :	mmHg	BW :	Kg	BUN :	mg/dl	Cr :	mg/dl
第_____次衛教/衛教指導項目：										
Stage 1: GFR : ≥ 90 ml/min/1.73 m²			Stage 2: GFR : 60~89 ml/min/1.73 m²			Stage 3: GFR : 30~59 ml/min/1.73 m²				
<input type="checkbox"/> 1-1.認識腎臟的基本構造與功能 <input type="checkbox"/> 1-2.簡介腎臟疾病常見症狀 <input type="checkbox"/> 1-3.腎臟病常見檢查之介紹 <input type="checkbox"/> 1-4.腎臟病常見檢驗值之介紹 <input type="checkbox"/> 1-5.腎臟穿刺切片檢查之介紹 <input type="checkbox"/> 1-6.類固醇藥物之護理指導 <input type="checkbox"/> 1-7.腎臟病日常生活保健與預防 <input type="checkbox"/> 1-8.教導定期追蹤之重要性			<input type="checkbox"/> 2-1.腎臟疾病分期介紹及注意事項 <input type="checkbox"/> 2-2.腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 <input type="checkbox"/> 2-3.簡介腎臟病之危險因子 <input type="checkbox"/> 2-4.簡介高血壓及其併發症 <input type="checkbox"/> 2-5.簡介高血脂及其併發症 <input type="checkbox"/> 2-6.簡介糖尿病及其併發症			<input type="checkbox"/> 3-1.簡介慢性腎衰竭 <input type="checkbox"/> 3-2.慢性腎衰竭常見症狀與處理 <input type="checkbox"/> 3-3.影響腎功能惡化的因子 <input type="checkbox"/> 3-4.血液透析治療介紹 <input type="checkbox"/> 3-5.腹膜透析治療介紹 <input type="checkbox"/> 3-6.正確透析時機介紹				
Stage 4: GFR : 15~29 ml/min/1.73 m²						Stage 5: GFR : < 15 ml/min/1.73 m²				
<input type="checkbox"/> 4-1.感染對腎臟衰竭之影響 <input type="checkbox"/> 4-2.貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 <input type="checkbox"/> 4-3.慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 <input type="checkbox"/> 4-4.持續介紹透析治療 (HD、PD、換腎) <input type="checkbox"/> 4-5.介紹透析治療通路 (動靜脈瘻管、雙腔導管、腹膜透析導管) <input type="checkbox"/> 其他：_____						<input type="checkbox"/> 5-1.把握緊急就醫黃金時段 <input type="checkbox"/> 5-2.血管通路的照護 <input type="checkbox"/> 5-3.腹膜透析導管的照護 <input type="checkbox"/> 5-4.透析治療合併症介紹 (血液透析、腹膜透析) <input type="checkbox"/> 5-5.換腎準備須知介紹				
認知評值： <input type="checkbox"/> 1.完全了解，能做到 <input type="checkbox"/> 2.完全了解，不能做到 <input type="checkbox"/> 3.部分了解 <input type="checkbox"/> 4.完全不了解 行為評值： <input type="checkbox"/> 1.不願意接受 <input type="checkbox"/> 2.願意接受 <input type="checkbox"/> 3.已改變中 <input type="checkbox"/> 4.持續維持 衛教師簽名：_____ 病患簽名：_____ (病患家屬簽名：_____)										

說明：病患或家屬簽名後張貼於當次就診病歷內，作為申報「完整初診及複診衛教及照護費」查核依據，資料留存院所備查。

附表 2-5：(適用 P3404C、P3406C、P3407C、P3408C)

慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估記錄表

CKD病患編號：_____ (TSN透析院所代號-流水號)；

收案條件：第_____項(請填寫規則內收案條件 1, 2, 3, 4 呈現)

姓名：_____ 性別：男 女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：____年 月 日 收案日期：____年 月 日

年度照護起止日期：____年 月 日至 ____年 月 日

1、檢驗資料：請將年度檢驗資料填入附表 2-3，並完成下項 3

2-1、年度照護指標 (Stage 3b、4 及蛋白尿 CKD 病患適用) (以最近狀況評估)

A. 血壓控制在 130/80 mmHg 以下	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
B. 總膽固醇與三酸甘油酯控制在 200mg/dl 以下	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
C. 糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5% 以下	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
D. 完成護理衛教(完成 4 次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
E. 完成營養衛教(至少完成 2 次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
F. 符合 Stage 4 病患之獎勵條件	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 (請勾選 3-1)
G. 使用 ACEI/ARB	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 (參考填入)
H. 符合蛋白尿之獎勵條件	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 (請勾選 3-3)

2-2、年度照護指標 (Stage 5 CKD 病患適用) (以最近狀況評估)

A. 使用 EPO	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
B. Hct > 28%	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
C. 血壓控制在 130/80 mmHg 以下	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
D. 總膽固醇與三酸甘油酯控制在 200mg/dl 以下	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
E. 糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5% 以下	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
F. 已作好瘻管或導管	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
G. 完成護理衛教(完成 4 次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
H. 完成營養衛教(至少完成 2 次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
I. 符合 Stage 5 病患之獎勵條件	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 (請勾選 3-2)

3、Stage 3b、4、5 及蛋白尿病患年度 eGFR：(不論是否符合獎勵皆須完成)

起始點檢驗日期：____年 月 日

Serum Cr：_____ mg/dl, eGFR:_____ ml/min/1.73m², Upcr_____ mg/gm

CKD stage 3b、CKD stage 4、CKD stage 5、蛋白尿病患

終止點檢驗日期：____年 月 日

Serum Cr：_____ mg/dl, eGFR:_____ ml/min/1.73m², Upcr_____ mg/gm

CKD stage 3b、CKD stage 4、CKD stage 5、蛋白尿病患

血液透析、腹膜透析、腎臟移植

年度eGFR變化速率:_____ ml/min/1.73m²/year

年度 Upcr 之變化：Upcr 是否小於 < 200 mg/gm

3-1、符合 Stage 3b、4 病患之獎勵條件：

- 1.收案時eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，回復至Stage 3b，或仍處於stage 4 且eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m²。
- 2.收案時eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進行至stage 5 但eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m²。
- 3.不符合獎勵條件

3-2、符合 Stage 5 病患之獎勵條件：

- 1.收案時eGFR<15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，回復至Stage 4，或仍處於stage 5 且eGFR下降少於每年 6 ml/min/1.73m²。
- 2.收案時eGFR<15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植但eGFR下降少於每年 6 ml/min/1.73m²，且血液透析者完成透析前瘻管之準備。
- 3.不符合獎勵條件

3-3、符合蛋白尿緩解病患之獎勵條件：

- 1.收案時 24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 Urine protein/creatinine ratio (Upcr) > 1,000 mg/gm 之明顯蛋白尿病患，照護一年後蛋白尿達完全緩解者 (Upcr < 200 mg/gm) 之照護獎勵費
- 2.不符合獎勵條件

附表 2-5：慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估記錄表 (適用 P3404C、P3406C、P3407C、P3408C)

說明：

- 1.本表為病患每年年度照護評估記錄用，個案依規定追蹤後，Stage 3b、4、5、蛋白尿病患得於完成 4 次追蹤照護申報本項完整性醫師整體照護費及申請照護獎勵。本表除留存院所備查供抽審並貼病歷外，另需上傳台灣腎臟醫學會作為年度評估。
- 2.以上 eGFR 之計算係以 MDRD-Simplified 公式計算，Scr.測量以 Jaffe method。eGFR 下降速率所用之 Scr.以 99 年至 100 年間某時間點為為基準值，而基準值之後 12 個月或 24 個月以內的 Scr 與 eGFR 為成果值，以基準值 eGFR 減去成果值 eGFR 求得 eGFR 下降值，換成 12 個月為每年 eGFR 下降速率。

範例：

起始點檢驗日期：96 年 1 月 5 日(D1), eGFR: 17.5 ml/min/1.73m² (R1)

CKD stage 3b、 CKD stage 4、 CKD stage 5、 蛋白尿病患

終止點檢驗日期：97 年 3 月 12 日(D2), eGFR: 12.5 ml/min/1.73m² (R2)

CKD stage 3b、 CKD stage 4、 CKD stage 5、 蛋白尿病患、

血液透析、 腹膜透析、 腎臟移植

年度eGFR變化速率：-4.286 ml/min/1.73m²/year

$$[(R2-R1)/(D2-D1, m)] \times 12$$

$$[(12.5-17.5)/(14)] \times 12 = -4.286$$

- 2.收案時eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進行至stage 5 但eGFR下降少於每年 4 ml/min/1.73m²。可申報P3406C

3. 有關 Upcr 之計算係以某次尿液同時測定 Urine total protein 及 Urine creatinine，再計算 Urine total protein/Urine creatinine × 1000 得 mg/gm creatinine。取收案日為基準點，若經治療後，Upcr < 200 即已符合條件(完全緩解)，若經治療完全緩解並申請獎勵後，此病患蛋白尿再復發，則仍應納入追蹤但不可以再申請收案費。

附表 3 (適用 P3405C)

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護結案表

CKD病患編號：_____ - _____ (TSN透析院所代號-流水號)
 收案條件：第_____項(請填寫規則內收案條件 1, 2, 3, 4 呈現)
 姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____
 病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____
 收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____
 結案原因：1.進入血液透析 2.進入腹膜透析 3.接受腎臟移植 4.轉他院治療
5.轉中醫或民俗療法 6.因其他疾病結案 7.死亡 8.失聯
9.其他 10 蛋白尿完全緩解

進入長期透析或接受腎臟移植病患

血管通路建立日期：____年__月__日 / 1.A -V fistula 2.A-V graft 3.Perm Cath.
 _____年__月__日 / 1.A -V fistula 2.A-V graft 3.Perm Cath
 腹腔導管建立日期：____年__月__日 / 1. 預先建立 2.非預先建立 3.其他
 腎臟移植日期：____年__月__日 / 1.活體移植 2.屍腎移植 3.其他
 腎臟移植醫院：1.台灣_____醫院 2.中國_____醫院 3.其他：_____
 進入長期透析日期：____年__月__日 (血液透析為開始透析日；腹膜透析為開始換液日)
 首次透析管路：1.永久血管 2.暫時導管 3.CAPD 導管
 首次透析方式：1.直接 OPD 透析
2.由門診入院透析 (或植管)
3.由急診入院透析 (或植管)
 首次透析 (血液透析、腹膜透析) 或腎移植的住院天數：_____天

結案前最後之檢驗資料填入附表 2-3 最右欄

結案照護指標	
A. 使用 EPO	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
B. Hct > 28% (最近一次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
C. Serum albumin 在 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0 gm/dl(BCP)以上 (最近一次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
D. 選擇腹膜透析	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
E. 做好血液透析瘻管	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
F. 沒有使用暫時性導管透析	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
G. 由門診開始進入透析治療	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
H. 完成護理衛教 (至少兩次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
I. 完成營養衛教 (至少一次)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
J. 追蹤超過 6 個月	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
K. 完成「末期腎衰竭病患治療模式選擇之充份告知機制」衛教表	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用
L. 蛋白尿緩解 (U _{pcr} < 200 mg/gm)	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 <input type="checkbox"/> 3.不適用

進入透析時狀況：(參照尿毒症接受長期透析重大傷病卡申請表)

一、長期透析適應症：(請勾選)

(一) 絕對適應症：肌酐廓清率 $Ccr < 5 \text{ ml/min}$ 或血清肌酐酸 $Cr \geq 10.0 \text{ mg/dl}$

(二) 相對適應症：

1. 糖尿病患者：

重度慢性腎衰竭且肌酐廓清率 $Ccr \leq 15 \text{ ml/min}$ ，或血清肌酐酸 $Cr \geq 6.0 \text{ mg/dL}$ 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

2. 非糖尿病患者：

重度慢性腎衰竭且肌酐廓清率 $Ccr \leq 10 \text{ ml/min}$ ，或血清肌酐酸 $Cr > 8.0 \text{ mg/dL}$ 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為兩側腎臟顯著萎縮(多囊腎例外)或慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

二、伴隨症狀：(請務必勾選)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 心臟衰竭或肺水腫 | <input type="checkbox"/> 2. 心包膜炎 | <input type="checkbox"/> 3. 出血傾向 |
| <input type="checkbox"/> 4. 神經症狀：意識障礙，抽搐或末梢神經病變 | <input type="checkbox"/> 5. 高血鉀(藥物難以控制) | <input type="checkbox"/> 7. 嚴重酸血症(藥物難以控制) |
| <input type="checkbox"/> 6. 噁心、嘔吐(藥物難以控制) | <input type="checkbox"/> 8. 惡病體質(cachexia) | <input type="checkbox"/> 9. 重度氮血症 ($BUN > 100 \text{ mg/dl}$) |
| <input type="checkbox"/> 10. 其他 (請說明)： | | |

三、相關疾病(Comorbidity)：

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 2. 高血壓 | <input type="checkbox"/> 3. 鬱血性心臟衰竭 | <input type="checkbox"/> 4. 缺血性心臟病 |
| <input type="checkbox"/> 5. 腦血管病變 | <input type="checkbox"/> 6. 慢性肝疾病/肝硬化 | <input type="checkbox"/> 7. 惡性腫瘤 | <input type="checkbox"/> 8. 結核 |
| <input type="checkbox"/> 9. 其他 (請說明)： | | | |

說明：

1. 本表為 Stage 3b、4、5、蛋白尿病患申報結案資料處理費用填寫，資料另供申請重大傷病卡參考，本表除留存院所備查供抽審外，另需上傳台灣腎臟醫學會作為年度評估。
2. 申報結案資料處理費 P3405C 時，若病患已死亡、轉院、或長期失聯可不用過健保卡。

附表 4 (適用 P3405C)

末期腎衰竭治療模式衛教表
病人透析治療模式選擇之充分告知機制

CKD病患編號：_____ - _____(TSN透析院所代號-流水號)

姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

病患教育程度：不識字小學初中高中大專研究所

病患家庭狀態：未成年受扶養有職業獨立工作因病修養半工作狀態

因病無法工作退休獨立生活年邁或因病受照顧

陪同家屬：配偶 子女 兄弟姊妹 家長 其他:_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

1.非常足夠 2.足夠 3.普通 4.不足夠 5.非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

1.非常瞭解 2.瞭解 3.稍微瞭解 4.不瞭解 5.非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

1.非常有幫助 2.有幫助 3.普通 4.沒有幫助 5.完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

說明：

1. Stage5 病患進入腎臟替代療法治療前需填寫

2. 本項亦是『門診透析服務品質監測指標項目』中『對病人透析治療模式選擇之充分告知機制』之項目，為各院所方便作業，本表除留存院所備查供抽審外，請影印一份供進入透析患者留存

3. 病患滿意度調查表之結果，各院所可將一年度結果統計作為該院參考

附表 5-1 (適用 P3402C、P3403C) (留院備查用)

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護營養追蹤記錄總表

CKD病患編號：_____ - _____ (TSN透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：男女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：_____年 _____月 _____日 收案日期：_____年 _____月 _____日

身高：_____公分 理想體重：_____公斤

一、檢測資料：有星號*者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

項 目		日 期		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年
MDRD-S (ml/min/1.73m ²)											
CKD Stage											
體 位 測 量	體 重*(公斤)	水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	%理想體重*										
	校正體重(公斤)										
	體位	□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦		□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦		□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦		□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦		□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦	

二、營養評估及診斷：有星號*者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

項 目		日 期		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年
攝 食 評 估	熱量(Kcal)*	攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量
	蛋白質(g)*										
營 養 診 斷 與 飲 食 問 題	熱量攝取*	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	蛋白質攝取*	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	補充低蛋白點心	□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無	
	飽和脂肪攝取 (吃肉時會吃肥肉及皮)	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	磷攝取* (全穀/堅果/調味料)	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	鈉攝取* (加工醃漬/湯汁)	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	鉀攝取 (湯汁/茶)	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	纖維質攝取	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	單糖攝取	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	水分攝取	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	磷結合劑使用正確性	□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良	
	飲食控制動機	□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無	
觀念正確性	□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		

三、營養介入策略與評值

營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並將已執行項目記錄。

項 目	日 期				
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
衛 教 項 目	蛋白質食物與腎病之關係	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	簡易食物份量與代換	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	低蛋白飲食原則	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	糖尿病腎病變飲食調整	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	增加熱量攝取:油脂補充技巧	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	增加熱量攝取:純糖類補充技巧	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	低氮點心製作指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	低磷飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	低鈉飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	低鉀飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	高膽固醇/三酸甘油酯飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	營養醫療補充品使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	外食原則與建議	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年節飲食指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	食慾不振飲食對策	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	咀嚼不良飲食對策	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
評 值	飲食計劃執行狀況	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善
	飲食問題修正狀況	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善	<input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善
	飲食學習意願	<input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無
	衛教後認知程度	<input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解	<input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解	<input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解	<input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解
	整體營養狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良
營養師簽章					

附表 5-2 (適用 P3402C、P3403C)(黏貼病歷用)

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護營養記錄

CKD病患編號：_____ - _____ (TSN透析院所代號-流水號)

姓名：_____

性別：男 女

主治醫師：_____

病歷號碼：_____

出生日期：_____年 _____月 _____日

衛教日期：_____年 _____月 _____日

	身高*：	目前體重*：	理想體重*：	(% of IBW)	校正體重：	
營養診斷與飲食問題	熱量需求*		Kcal/day	飲食計劃		
	蛋白質需求*		g/day	主食：_____份 肉魚豆蛋：_____份		
	熱量攝取*	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			水果：_____份 蔬菜：_____份	
	蛋白質攝取*	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			油脂：_____份 低氮澱粉：_____	
	補充低蛋白點心	<input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 沒有			蛋白質食物與腎病之關係	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	飽和脂肪攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			簡易食物份量與代換	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	磷攝取*	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			低蛋白飲食原則	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	鈉攝取*	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			糖尿病腎病變飲食調整	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	鉀攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			增加熱量攝取:油脂補充技巧	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	纖維質攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			增加熱量攝取:純糖類補充技巧	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	單糖攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			低氮點心製作指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	水分攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足			低磷飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	磷結合劑使用正確性	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良			低鈉飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	飲食控制動機	<input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無			低鉀飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
觀念正確性	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良			高膽固醇/三酸甘油酯飲食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
評值	飲食學習意願	<input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無			營養醫療補充品使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	衛教後認知程度	<input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解			外食原則與建議	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	整體營養狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良			年節飲食指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
衛教對象簽章	衛教營養師簽章			食慾不振飲食對策	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				咀嚼不良飲食對策	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

*為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並將已執行項目記錄。