

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

眼瞼浮腫或手腳水腫 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 是 否 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：_____	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	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)

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

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) > 500 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 98 年至 99 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 ml/min或血清肌酐酸 Cr >10.0 mg/dl
- (二) 相對適應症：重度慢性腎衰竭肌酐廓清率 Ccr < 15 ml/min或血清肌酐酸 Cr > 6.0 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)

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

三、相關疾病(Comorbidity)：

- 1.糖尿病
- 2.高血壓
- 3.鬱血性心臟衰竭
- 4.缺血性心臟病
- 5.腦血管病變
- 6.慢性肝疾病/肝硬化
- 7.惡性腫瘤
- 8.結核
- 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

- 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
- 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
- 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
- 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：

- Stage5 病患進入腎臟替代療法治療前需填寫
- 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
- 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)*	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
營 養 診 斷 與 飲 食 問 題	熱量攝取*	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	蛋白質攝取*	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	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"/> 無		<input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無	
	飽和脂肪攝取 (吃肉時會吃肥肉及皮)	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	磷攝取* (全穀/堅果/調味料)	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	鈉攝取* (加工醃漬/湯汁)	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	鉀攝取 (湯汁/茶)	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	纖維質攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	單糖攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	水分攝取	<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足		<input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足	
	磷結合劑使用正確性	<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		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良	
	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		<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	
觀念正確性	<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		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 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。