

附表 2-1 (適用 P3402C) (留院備查用)

慢性腎臟疾病 (CKD) 新收案病患基本資料與病史紀錄表

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 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 因體檢或健康檢查偶然發現 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 蛋白尿或血尿 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 眼瞼浮腫或手腳水腫 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 背部肋骨下緣疼痛 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 時常覺得倦怠無力 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 夜裡無法入睡 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 血壓高，全身不適 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 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 |
| 夜裡須採坐姿，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
須旁人協助 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. 本表已在國民健康署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. 資料須留存院所備查。