

CHRONIC KIDNEY DISEASE CLINIC: Consultation form

Name.....Age.....yrs HN.....

วัน เดือน ปี ที่มาตรวจครั้งแรก _____ วัน เดือน ปี ที่มาตรวจครั้งสุดท้าย (พ.ศ.) _____

Comorbidity _____

1. DM วัน เดือน ปี ที่วินิจฉัยครั้งแรก _____/_____/_____ Type 1 Type 2

ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน no

yes diabetic retinopathy diabetic nephropathy diabetic foot อื่นๆ ระบุ _____

ไม่มีข้อมูลหรือไม่ได้มีการตรวจมาก่อน

2. HT วัน เดือน ปี ที่วินิจฉัยครั้งแรก _____/_____/_____

ตรวจร่างกาย last visit

Weight _____/_____ kgs. Height _____/_____ cms. BP _____/_____ mmHg PR _____ beat/min

1) Pale no yes 2) Edema no yes 1+ 2+ 3+ 4 3) Flapping tremor no yes

Laboratory

Lab	Laboratory first visit: date _____	Laboratory last visit: date _____
FBS /HbA1C	_____/_____	_____/_____
BUN	_____/_____ mg/dL	_____/_____ mg/dL
Cr	_____/_____ mg/dL eGFR _____ mL/min/1.73 m3	_____/_____ mg/dL eGFR _____ mL/min/1.73 m3
Potassium	_____/_____ mEq/L	_____/_____ mEq/L
Other ระบุ		
U/S KUB (ถ้ามีผล) Date: _____	<input type="checkbox"/> parenchymatous change Size RK ___cm x ___cm , LK ___cm x ___cm Other _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes Stone <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes ตำแหน่ง _____

Current medication:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

ปัญหาที่ต้องการปรึกษา

1.
2.
3.
4.
5.

ลงชื่อ _____
วันที่ _____

ความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา

1.
2.
3.
4.
5.

ลงชื่อ _____
วันที่ _____