



※記入例

【慢性腎臓病(CKD)連携パス】

一次医療機関用

※本表は必ずFAXにて福岡市医師会地域医療課宛お送りください(FAX:852-1510)

受診日: 令和 2 年 3 月 1 日

生年月日: 1970 年 10 月 4 日 (50 歳)

来院状況 該当項目に✓をお付けください  
よかドック:  保健所実施  自院実施  他院実施  
 その他(よかドック以外からの紹介等)

＜一次医療機関（かかりつけ医）＞			
医療機関名: <b>△△△△クリニック</b>			
医師名: <b>医師会 太郎</b>			
TEL: <b>804-0000</b>		FAX: <b>804-0000</b>	
診断名			
#1. <b>0000</b>	#2. <b>0000</b>		
#3.	#4.		
紹介時必須項目		参考項目	
検査日: <b>R2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>1</b> 日	■尿沈査	赤血球 <b>00</b> /HPF	
■尿蛋白 <b>00</b>	■尿蛋白/クレアチン比 <b>00</b>	<b>00</b>	g/g・cr
■尿潜血 <b>00</b>	■血圧 <b>00</b>	<b>00</b>	mmHg
■血清クレアチン <b>00</b> mg/dl	■血糖値 (空腹時・ <b>随時</b> ) <b>00</b>	<b>00</b>	mg/dl
■eGFR <b>00</b> mL/min/1.73m <sup>2</sup>	■HbA1c <b>00</b>	<b>00</b>	%
その他検査項目			
今後の方針		特記事項	
<input checked="" type="checkbox"/> 腎臓専門医紹介 (医療機関名: <b>□□□□病院</b> )  <input type="checkbox"/> 泌尿器科紹介 (医療機関名: )  <input type="checkbox"/> 自院にてフォロー  <input type="checkbox"/> 問題なく終診			