



【 慢性腎臓病(CKD)連携パス 】

二次医療機関用

※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)

医療機関名(よかドック・一次)

受診日:令和 年 月 日

生年月日: 年 月 日( 歳)

FAX番号:

<二次医療機関 (腎臓専門医) >

医療機関名:

医師名:

TEL:

FAX:

診断名

転帰

当院にて管理継続

転医(一次医療機関(かかりつけ医) or その他 : )

管理不要

特記事項