

(健診機関⇒かかりつけ医⇒行政)

(健診機関⇒かかりつけ医⇒腎臓専門医⇒行政)

年 月 日

CKD 連絡票

(あて先)

1 特定健康診査実施医療機関が記入してください。

フリガナ 患者氏名：	性別：男・女
生年月日： 年 月 日 (日 歳)	住所：
検査実施日：	年 月 日
特定健診実施医療機関：	

2 精密検査実施医療機関が記入してください。

精密検査実施医療機関：	
診 断	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CKD 以外 ()
併存疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喫煙
慢性腎臓病の 治療方針	<input type="checkbox"/> 治療・観察不要 <input type="checkbox"/> 要観察 (ケ月後再検査) <input type="checkbox"/> 治療中 (治療開始年月日：) <input type="checkbox"/> 投薬等の治療開始 (開始時期：)

※本連絡票をお持ちの上、精密検査を受診された場合、行政に情報が収集されますのであらかじめご了承ください。