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　　　　　　　　　　　　　（　　　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 | □ 糖尿病性腎症　□ 腎硬化症　□　慢性糸球体腎炎　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ CKD以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 併存疾患 | □ 糖尿病　□ 高血圧　□ 脂質異常症　□ 高尿酸血症　□ 貧血　□　喫煙 |
| 慢性腎臓病の治療方針 | □ 治療・観察不要　□ 要観察（　　ヶ月後再検査）　□ 治療中（治療開始年月日：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 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。