



※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: [x]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)

Form with sections: <一次医療機関(かかりつけ医)>, 診断名, 紹介時必須項目, 参考項目, その他検査項目, 今後の方針, 特記事項. Includes fields for medical institution name, doctor name, contact info, and various lab test results.