



※記入例

【 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)

受診日: 令和 2 年 4 月 1 日

医療機関名(よかドック・一次)

△△△△クリニック

生年月日: 1970年 10月 4日( 50 歳)

FAX番号: 804-0000

<二次医療機関 (腎臓専門医) >

医療機関名: □□□□病院

医師名: 医師会 太郎

TEL: 852-0000

FAX: 852-0000

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 : △△△△クリニック )

管理不要

特記事項