

予約申込FAX用紙 (備北地域CKD連携パス用)

ふりがな		男 女	生年月日	明大昭平	年 月 日 (歳)
患者氏名					
患者住所	(〒 -)			電話番号 () -	
ID番号	(診察券をお持ちの方)				

(印鑑でかまいません)

紹介元医療機関	病院名		電話番号 () -
	住 所		FAX番号 () -
	医師名		

※上記記載後コピーして使用してください。

年 月 日

紹介先医療機関					
診療科・医師名	<input type="checkbox"/> 腎臓専門医 <input type="checkbox"/> 透析専門医				
患者情報	eGFR	mL/分/1.73m ²	尿蛋白	g/gCr (定性:)	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 初回紹介 <input type="checkbox"/> 再紹介 (以下の項目にご記入ください)				
項 目	<input type="checkbox"/> 腎機能悪化のため (<input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> eGFR <input type="checkbox"/> 尿蛋白) <input type="checkbox"/> 栄養指導をお願いします <input type="checkbox"/> 腎代替療法(透析)の説明をお願いします <input type="checkbox"/> アクセスの作製をお願いします (<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> PD) <input type="checkbox"/> 透析導入をお願いします (<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> PD) <input type="checkbox"/> その他()				
コメント	(希望日や緊急性など、必要時ご記入ください)				

※初回紹介時は、①診療情報提供書(紹介状)、②問診票もFAXしてください。

受診日には患者様へ①、②を持参させてください。