

豊田加茂CKD地域連携パス (初回)

平成 年 月 日 ()

病院 科 担当医宛

* 受診希望日

①平成 年 月 日 () 病医院名
②平成 年 月 日 () 診療科 科 医師名 印
③平成 年 月 日 () TEL FAX

(フリガナ)

患者氏名: 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳)

住所: TEL () - -

原疾患

慢性糸球体腎炎() 腎硬化症 ネフローゼ症候群 多発嚢胞腎
糖尿病(I型 II型 その他)
その他() 不明

合併症

高血圧 糖尿病 脂質異常 心疾患() 脳血管障害
閉塞性動脈硬化症 薬剤アレルギー()

尿蛋白定性	
尿潜血定性	
Hb	g/dl
BUN	mg/d
Cre	mg/dl
eGFR	mL/分/1.73m2
Alb	g/dl
Na	mEq/L
K	mEq/L
Ca	mg/dl
HbA1c	%

内服薬

トヨタ記念病院 地域連携室
[TEL]0565-74-3091 [FAX]0565-29-8828

豊田厚生病院 地域医療連携課
[TEL]0565-43-5077 [FAX]0565-43-5030

ご記入後、地域医療連携課宛にFAX頂ければ予約をお取りします。