

豊田加茂 CKD 地域連携パス
定期受診・臨時受診 診療情報提供書

年 月 日

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

医療機関名

腎臓内科

科名

担当 _____ 先生

医師名 _____ 印

*受診希望日（定期受診の場合は不要）

① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日

(フリガナ) 患者氏名	----- 様	男 女	生年月日	明 大 昭 平 西暦 年 月 日
現住所	TEL () -			

病名

紹介目的

- 定期受診
 腎機能悪化 高 K 血症 (_____ mEq/L) 貧血の急激な進行
 溢水所見 血圧コントロール不良 その他 (_____)

既往歴、家族歴、アレルギー

治療経過

現在の処方