佐世保市 CKD 病診連携連絡票

令和 年 月 日

【送付先】

佐世保市役所 保健福祉部医療保険課
特定保健係 宛

FAX : 0956-23-5040

MAIL : iryoho@city.sasebo.lg.jp

【送付元 (貴院名称)】

CKD 病診連携の連絡をします

紹介時の eGFR

ml/min/1.73m²

年齢

歳

男

女

受診日

年 月 日

尿蛋白定量

g/gCr

こちらは、紹介先医療機関 (専門医) で記載をお願いします