＜紹介先＞　　　　　　　　　　　　　　　　　＜紹介元＞

医療機関名：

診療科：[ ]  腎臓科　[ ]  その他（　　　　　）

(ハンコ)

**神奈川県CKD診療連携用**

**ＣＫＤ診察依頼書**

［患者情報］

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ患者氏名： | 生年月日：　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 内服薬： |
| 紹介先の受診歴の有無：有・無 |

［ＣＫＤステージ］（下表の該当箇所にチェックをお願いします）



［備考］（要望したいこと）