様式②

市町村への返書（情報提供書）

受診日：平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏名	生年月日 Ｔ・Ｓ・Ｈ　年　月　日（　歳）男・女
連絡先（勤務先）	自宅住所 自宅電話
診断名 # # #	# # #
治療方針（予定）	
検査結果等（別紙も可） 尿検査　□定性検査　□ 尿沈査　□微量アルブミン 血液検査　□血算　□生化学　□ HbA1c □HOMA-R　□ インスリン　□ OGTT 画像診断　□胸部X線　□眼底検査　□腹部エコー　□頚動脈エコー 心臓検査　□安静時心電図 その他　（　　）	
保健師・栄養士等への指示	
その他特記すべき事項 主治医名（　　）	

北部地域医療CKD連携部会