年　　月　　日

**順天堂大学医学部附属練馬病院　腎・高血圧内科　CKD外来**

CKD外来予約連絡票（FAX用）（情報提供書も一緒にFAXをお願いいたします）

送信先：　順天堂大学医学部附属練馬病院腎・高血圧内科　CKD外来　御中

TEL: 03-5923-3111、FAX: 03-5923-3244

**受診希望日** ①　　　　月　　日（　　曜日）

②　　　　月　　日（　　曜日）

送信元：

TEL:

FAX:

いつもお世話になっております。

下記患者様の受診希望です。よろしくお願い致します。

　ふりがな

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：□男/□女

生年月日：□昭和/□平成　　年　　月　　日生　　　歳

住所：

患者連絡先TEL：

紹介目的

* ①CKD治療方針相談（内服薬確認、ESA製剤投与量間隔、栄養指導）
* ②CKD精査加療
* ③定期受診
* ④腎代替療法説明（透析・腎移植について）
* 紹介元での今後の再診を希望する

その他ご希望がございましたらお書きください。