

北九州市国民健康保険特定健診
北九州市 CKD 予防連携システム連絡票（様式4）

※これは連絡票です。CKD 連絡用封筒に様式 4-2・4-3 を同封のうえ、返信ください。

一次医療機関（かかりつけ医）様 平成 年 月 日

【二次医療機関】（腎臓専門医）	
■医療機関名	
■医師名	
【一次医療機関】（かかりつけ医）	
■医療機関名	
■医師名	
【患者】	
■保険証 記号	番号
■氏名	
■性別	男 ・ 女
■生年月日	年 月 日生（ ）歳

【診療結果】診断日	年 月 日
■診断名	
■原疾患	※不詳の場合は不詳と記載
※【次回腎臓専門医受診必要の場合記載】	
年 月 日	（ ヶ月後）
【特記事項】	