

薬局⇒医院

～CKD シール貼付のためのお願い～

____月 ____日

様

薬局 店 担当者

TEL _____

FAX _____

CKD シール貼付のため過去3回の腎機能（eGFR）を教えてください

患者名 _____

月 日	eGFR	ml/min/1.73 m ²
月 日	eGFR	ml/min/1.73 m ²
月 日	eGFR	ml/min/1.73 m ²

患者様の了解は得ています