

医院⇒薬局

～CKD シール貼付のためのお願い～

月 日

様

病院・医院 担当者

TEL

FAX

CKD シール貼付のため過去3回の腎機能（eGFR）をお知らせいたします

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