



FAX:北見赤十字病院 薬剤部
0157-26-9632

CKD シール貼り換え情報共有 専用 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

北見赤十字病院 御中

報告日： 年 月 日

来局日： 年 月 日	保険薬局名：
フリガナ 患者氏名： 男・女	報告薬剤師名：
患者 ID (北見赤十字病院 ID・不明な場合は省略)	電話番号：
生年月日 (西暦) 年 月 日 (才)	FAX 番号：

☐ 北見赤十字病院にて貼付した CKD シールを貼り替えました。

受診医療機関 ☐ 北見赤十字病院 ☐ その他の医療機関

旧 CKD ステージ G _____  新 CKD ステージ G _____

eGFR_{cr} mL/min/1.73 m² (検査： 年 月 日)

【検査結果用紙に記載がなければ日本腎臓病薬物療法学会 HP より算出。eGFR（標準化 eGFR）を記載】

【特記事項】 気になったことなど共有したい情報は何でも記載してください！

【病院返信欄】 情報提供ありがとうございます。

☐ 報告内容を確認し、医師へ報告しました。

☐ その他

返信日： 年 月 日

北見赤十字病院 薬剤部：