

年 月 日

診療情報提供書 (CKD 連携パス 中川 → かかりつけ医 シートⅢの2)

患者氏名 \_\_\_\_\_

医師からのコメント

I.全身状態

今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

医療法人 秀悠会 中川クリニック第二診療所