

旅行・臨時透析 FAX 依頼書 (患者様申込み用)

患者様情報 (臨時透析を受けられる患者様に関する情報)

ふりがな	
氏名 (性別)	_____ (男性 ・ 女性)
年齢 生年月日	_____ 歳 (大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)
電話番号(患者様連絡先)	自宅 _____ - _____、携帯 _____ - _____
問合わせ先	(自宅、携帯) *当院から問合わせする際の連絡先
透析時間 曜日	_____ 時間、(月・水・金、火・木・土、その他 _____)
シャント(透析アクセス)	右 ・ 左

医療機関情報 (現在、血液透析治療で通院している施設に関する情報)

医療機関名称	_____ (病院 ・ クリニック ・ 診療所)
院長名 または 主治医名	
電話番号、FAX	電話 _____ - _____、FAX _____ - _____

ご希望の透析日 (臨時透析の日時希望に関する情報)

1	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 「午前(8:30～)、午後(13:00～)」
2	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 「午前(8:30～)、午後(13:00～)」
3	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 「午前(8:30～)、午後(13:00～)」

* 臨時透析回数が4回以上の場合は、下記特記事項の欄にご記入ください

* 火・木・土は、午前の部のみとなります。ご了承ください

特記事項(問題点やご要望など)

FAX 申し込みを頂きましたら、当院から確認のご連絡をさせていただきます。

決定後に、透析条件を FAX にてご送付ください

みらい内科クリニック FAX 番号

0858-27-2244