

臨時透析FAX依頼書

医療法人社団 清省会

元町内科医院 宛

お手数ですが、FAXにて予約される方も、
事前に一度お電話ください。電話076-422-3755

申込日	西暦	年	月	日
送信者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 施設担当者名 ()			
患者様の当院 ご利用について	元町内科医院での臨時透析ははじめてですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
目的	<input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 ()		当日の付添 (同行者)	有り 無し
患者様情報	フリガナ		生年	明・大・昭・平
	氏名		月日	年 月 日生 (歳)
	住所	〒		感染症 有 無 C型肝炎 B型肝炎 不明
	電話番号	自宅 ☎ ()	携帯 ☎ ()	
	連絡方法	こちらからご連絡をする際、繋がりやすい番号はどちらですか？ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
医療機関情報	名称			
	電話番号：			FAX番号：
	住所	〒		
現在の透析時間/ 曜日/透析種類	1日 時間 週 回 (月 火 水 木 金 土) 透析種類 (HD HDF on-lineHDF) ※○で囲んでください。			
ご希望の透析日	1	月	日	(月 水 金) 午前中 ※8:40~
	2	月	日	(月 水 金) 夜間 ※16:15~
	3	月	日	(火 木 土) 午前中 ※8:40~
透析中の食事 (有料)	希望する 希望しない		※1食450円になります。	
特記事項				
元町内科医院FAX番号 076-422-4029				