

駒込共立クリニック

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(15:30~22:00)」
2	年 月 日 ( ) 「午前(8:30~)、午後(15:30~22:00)」
3	年 月 日 ( ) 「午前(8:30~)、午後(15:30~22:00)」

\* 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

駒込共立クリニック FAX 番号

03-3941-4282