臨時透析申し込み用紙

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 診察券番号(お持ちの方のみ) |  |
| 生年月日 | 年 月 日( 才) |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 透析施設名 |  |
| 施設連絡先 | Tell |  |
| Fax |  |
| 透析希望日 | 年 月 日～ 年 月 日午前 ・ 午後 計 回 |
| 備考 |  |

※ベッドの状況によってはご希望に添えない場合がございます。

申込専用FAX番号 **０２９７－７２－６６０３**

電話番号 ０２９７－７４－５５５１（代）

以下病院記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 条件依頼 |  | 受入日 |
| 患者説明 |  |  月 日 AM・PM |
| カルテ作成 |  |  月 日 AM・PM |
| 医師依頼 |  |  |
| ｺﾐﾉｰﾄ・ﾍﾞｯﾄﾞ |  | 計 回 |

年 月 日

確認者