中野南口クリニック

|  |
| --- |
| 旅行・臨時透析FAX依頼書　（病院・クリニック様申込み用） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | |
| 主治医名 |  | | | |
| 電話番号 | （　　　　） | | | |
| FAX番号 | （　　　　） | | | |
| 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 |  | 性別 | （ 男 ・ 女 ） |  |
| 氏名 |  | 年齢 | （　　　　） | 歳 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |  |
| 連絡先　（＊当院から問合わせする際の連絡先） | |  |  |  |
| 電話番号 | （　　　　） | （ 自宅 ・ 携帯 ） | | |
| E-mail |  |  | | |
| 透析日 | （月・水・金、火・木・土、　その他　　　　） | | | |
| 透析時間 | （　　　　　　）時間 |  | | |
| シャント | （ 左 ・ 右 ）（ 内シャント ・ グラフト ・ カテーテル ） | | | |
| ご希望の透析日（臨時透析の日時希望に関する情報） | | | | |
| 1 | 令和　　年　　月　　日（　）　午前・午後（　　）時から | | | |
| 2 | 令和　　年　　月　　日（　）　午前・午後（　　）時から | | | |
| 3 | 令和　　年　　月　　日（　）　午前・午後（　　）時から | | | |
| 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頂きます。 | | | | |
| □臨時透析日時決定後に、透析条件をFAXにてご送付ください | | | | |

＊　透析開始時間は午前（08:30〜10:00）、午後（14:00〜16:00）、夜間（16:00〜18:00）

＊　準夜透析は午後6時までに透析が開始出来る時間にご来院ください

＊　透析は午後10時までとなります。

＊　火・木・土は、午前の部のみとなります。ご了承ください