

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 氏名		性別	(男・女)
		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いただきます。

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