

臨時透析 FAX 問合せ書

医療法人社団邦腎会 大井町駅前クリニック 宛 FAX03-3776-9612

申込日	年 月 日		
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 施設担当者名 ()		
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 氏 名	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	男 女
	住 所	〒		
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()	

医療機関情報	名 称	
	TEL 番号	
	FAX 番号	
	住 所	〒
	担当医師	
現在の透析時間/ 曜日	1日 時間 週 回 (月 火 水 木 金 土) ※ ○で囲んで下さい。	

ご希望の透析日	1	月 日 (曜日)	午前 : / 午後 :
	2	月 日 (曜日)	午前 : / 午後 :
	3	月 日 (曜日)	午前 : / 午後 :
		到着予定時間 (事務手続きは午後6時までに入室をお願い致します)	

感染症の有無	有	無し
シャント部位		
透析中の食事 (有料 430 円)	希望する	希望しない
食事アレルギーの有無	有り	無し

特記事項