

新患受け入れ依頼及び見学申込み依頼書

申込日(年 月 日)

病院名	病院 クリニック		
住所			
TEL	- - (内線)	FAX	- -
担当医師名	科 先生		
患者様名	ふりがな	男	生年月日 年月日
		女	年齢 歳
患者様連絡先	(自宅)	-	-
	(携帯)	-	-
希望透析曜日	月水金 ・ 火木土 ・ その他()		
透析方法		透析時間	時間
シャント	右 ・ 左	入室希望時間	時 分
感染症	無し ・ 有り ()		
送迎希望	有り ・ 無し		
送迎希望者 確認事項	住所確認: 区 丁目		
	・送迎の可否は見学日にお伝えします。		
	・当院の送迎範囲は、午前透析患者様のみ。当院より半径3kmです。		
	・送迎時間についてはルート等により、ご希望にそえない場合があります。		
簡単な 連絡事項	・送迎利用者様用個人ロッカーはありません。詳細は見学時にご説明します。		
	(透析導入日 年 月 日)※ご記入下さい。		

●FAXが届きましたら、当院よりご連絡致します。見学日の調整を行います。

●見学日前に、診療情報提供書、透析サマリー、直近3回分透析記録、検査結果、投薬処方情報等の事前FAXをお願いしております。

●ご見学についてはご本人様のご来院をお願いしております。

FAX番号:03-5615-1567