

臨時透析申込み依頼書(医療機関申込み用)

申込日( 年 月 日)

医療機関・患者様情報

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 ) - -		
シャント	右 ・ 左	透析時間	時間
透析曜日	月水金 ・ 火木土 ・ その他( )		
感染症	無し ・ 有り ( )		

臨時透析希望日時

①	年 月 日( 曜日)	入室時間	時 分
②	年 月 日( 曜日)	入室時間	時 分
③	年 月 日( 曜日)	入室時間	時 分
連絡事項			

※臨時透析回数が4回以上の場合は、連絡事項にご記入下さい。

●FAXが届きましたら、当院よりご連絡致します。

●当院での臨時透析初回の場合は、透析条件等を確認してからの決定となります。

**FAX番号:03-5615-1567**