

海外旅行透析申込み依頼書

申込日(年 月 日)

患者様情報

患者様名	ふりがな		男 女	生年月日	年 月 日
				年齢	歳
患者様連絡先	(電話番号) - - (E-Mail)				
シャント	右 ・ 左		透析時間	時間	
感染症	無し ・ 有り ()				
担当者連絡先	ふりがな				
	(電話番号) - - (E-Mail)				

医療機関情報

病院名	病院 クリニック				
TEL	-	-	FAX	-	-
担当医師名	科		先生		

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E-Mailにてご連絡致します。

●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