

新規(転院)・臨時透析申し込み書

申込日(年 月 日)

① 医療機関情報、患者様情報をご記入下さい。

※ グレー箇所は当院使用欄

【医療機関情報】				チェック	担当
施設名	病院 クリニック				
住所	〒				
連絡先	電話	- -	FAX	- -	
担当医師	科 先生				

【患者様情報】						チェック	担当
患者様名	様	男 女	生年月日	年 月 日			
			年齢	歳			
住所	〒						
電話番号	自宅	- -	携帯	- -			
連絡先	お名前	(続柄)					
	電話番号	- -	(内線)				
透析方法	HD・IHDF・OHDF・不明			透析時間	時間		

② 新規(転院)希望の方は下記についてご記入下さい。

※ グレー箇所は当院使用欄

【新規(転院)】				チェック	担当
希望クール	月水金・火木土	希望入室時間	AM・PM・夜間(時 分)		
送迎希望	あり・なし	見学希望日	月 日 時 分		

・当院の送迎は午前クールのみ、当院より半径3kmとなっております。

・送迎時間をご希望に添えない場合がございます。なお、送迎の可否、詳細は見学日にお伝え致します。

③ 臨時透析希望の方は下記についてご記入下さい。

※ グレー箇所は当院使用欄

【臨時透析】 ※予約可能期間は希望日より2ヶ月前～1週間前までとなります。				チェック	担当
希望日	年 月 日()	入室希望時間	AM・PM(時 分)		
希望日	年 月 日()	入室希望時間	AM・PM(時 分)		
希望日	年 月 日()	入室希望時間	AM・PM(時 分)		
希望日	年 月 日()	入室希望時間	AM・PM(時 分)		
弁当希望	あり(有料)・なし	お茶	あり(有料)・なし		

・希望日が5日以上ある場合は④連絡事項にご記入下さい。

・当院のベッド空き状況により、HDになる可能性がございます。ご了承下さるようお願い致します。

④ 連絡事項ある方は下記に記載をお願い致します。

--

● FAXが届きましたら、当院よりご連絡致します。

● 当院での透析可否は診療情報提供書・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