

トラベル透析申込書

申込日	年	月	日						
医療機関名									
電話番号									
FAX番号									
ふりがな				性別	男 ・ 女				
患者様氏名									
生年月日	大正	・	昭和	・	平成	年	月	日	歳
連絡先	()			(自宅 ・ 携帯)					

◆透析時間と曜日【○で囲んでください。】

_____ 時間	週 _____ 回	【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 】
----------	-----------	---------------------------

◆ご希望の透析日

1	月	日	曜日	希望開始時間	午前 ・ 午後	時	分から開始
2	月	日	曜日	希望開始時間	午前 ・ 午後	時	分から開始
3	月	日	曜日	希望開始時間	午前 ・ 午後	時	分から開始

◆自立支援医療利用の有無

有	・	無
---	---	---

- 受入れにあたりましては、かかりつけ医師の紹介状（診療情報提供書）が必要となります。
その他、透析条件や透析データ、透析記録を事前にお送りいただく必要があります。
- 透析ベッドの状況によっては、ご希望の日程・時間でののご案内が出来ない場合がございます。
- 申込時に保険情報も併せてFAXにてご送信ください。

有隣病院 包括相談センターFAX番号	0241-24-3581
--------------------	--------------