

臨時透析FAX依頼書

医療法人社団 石川記念会

川越駅前クリニック 宛

申込日	平成 年 月 日
-----	----------

記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 施設担当者名 ()
-----	-----------------------------------------------------------------

目的	<input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 帰省	当日の付添 (同行者)	有り 無し
	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他()		

患者様情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男 女
	氏名			年 月 日生 (歳)	
	住所	〒			
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()		

医療機関情報	名称	
	TEL番号	
	FAX番号	
	住所	〒
	担当医師名	

現在の透析時間/ 曜日/透析種類	1日 _____ 時間 _____ 週 _____ 回 (月 火 水 木 金 土)
	透析種類(HD HDF) ※ Oで囲んで下さい。

ご希望の透析日	1	月 日 (曜日)	午前 : / 午後 :
	2	月 日 (曜日)	午前 : / 午後 :
	3	月 日 (曜日)	午前 : / 午後 :

透析中の食事希望 (有料)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	注. お食事は普通食になります。
------------------	--------------------------------------------------------------	------------------

特記事項	
------	--

川越駅前クリニックFAX番号	049-241-1520
----------------	--------------