臨時透析FAX依頼書

医療法人社団　石川記念会

大宮西口クリニック　　宛

申込日	平成　　年　　月　　日

記入者	□ 本人　　□ 施設担当者名（　　）

目的	□ 旅行　□ 帰省 □ 仕事　□ その他（　　）	当日の付添 （同行者）	有り　　無し

患者様情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　　月　　日生 （　　歳）	男 女
	氏　名				
	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　）　※ ○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）	希望する　　希望しない	注. お食事は普通食になります。

特記事項

大宮西口クリニックFAX番号　　048－648－7057