

臨時透析FAX依頼書

医療法人社団 石川記念会
所沢石川クリニック 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 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他()	当日の付添 (同行者)	有り 無し

患者様情報	フリガナ		明・大・昭・平	男 女
	氏名		生年月日 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	1日 時間 週 回 (月 火 水 木 金 土) ※ 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	
------	--

所沢石川クリニックFAX番号 04-2925-6310