

臨時透析FAX依頼書

医療法人社団 石川記念会

国領石川クリニック 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	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		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) ※ ○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 :

特記事項	
------	--

国領石川クリニックFAX番号	042-440-2203
----------------	--------------