

旅行・臨時透析FAX依頼書

特定医療法人 五仁会
元町HDクリニック 宛

申込日 年 月 日

患者様情報	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日 (男・女)
	電話番号	自宅		
携帯				
医療機関情報	名称			
	電話番号			
	FAX番号			
ご希望の透析日	1	月	日	(昼間・準夜)
	2	月	日	(昼間・準夜)
	3	月	日	(昼間・準夜)
	計 回			
シャント	右	・	左	
透析中の食事	必要	・	不要	
特記事項				

元町HDクリニック FAX番号 078-321-6830

院長 看護部 受付()
 依頼確認FAX