

臨時透析FAX依頼書

医療法人 計行会
高橋計行クリニック 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)	あり・なし		
患者情報	フリガナ		生年月日	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	1日 時間 週 回 (月 火 水 木 金 土) ※ ○で囲んでください。				
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	希望する	希望しない	※透析食のお弁当をご用意しております		
特記事項					
高橋計行クリニックFAX番号 072-284-3233					