

旅行・臨時透析 FAX 依頼書 (患者申込書)

年 月 日

患者様情報（臨時透析を受けられる患者様に関する情報）

[illegible]

医療機関情報（現在、血液透析治療で通院している施設に関する情報）

医療機関名称	_____（病院・クリニック・診療所）
院長または主治医名	
電話番号、FAX	

希望の透析日（臨時透析の日時希望に関する情報）

第1希望	年	月	日	()	午前(8:45~)	午後(13:30)
第2希望	年	月	日	()	午前(8:45~)	午後(13:30)
第3希望	年	月	日	()	午前(8:45~)	午後(13:30)

※月コースは午前、午後の２クール、火コースは午前の１クールですので、ご了承ください。

特記事項（問題点やご要望など）

☐ FAX 申し込みを頂きましたら、当院から確認のご連絡をさせていただきますのでご了承ください。

いしはらファミリークリニック FAX 番号	077-572-5875
-----------------------	--------------