

岸田クリニック

_____年 月 日

臨時透析FAX依頼書

医療機関名	
電話番号	
FAX番号	
ふりがな	
患者様 氏名	
年齢 性別	_____歳 生年月日 _____ 男性 ・ 女性

透析時間と曜日【○で囲んで下さい。】

時間、週 回、（ 月、火、水、木、金、土 ）

御希望の透析日

1	月 日 曜日	午前の部9:30～・午後の部15:30～
2	月 日 曜日	午前の部9:30～・午後の部15:30～
3	月 日 曜日	午前の部9:30～・午後の部15:30～

透析中の食事（有料 @380円）

必要 ・ 不要

問題点など特記事項

--

※決定後、透析条件及び3回分の透析記録をFAXにてご送付下さい。

◆岸田クリニックFAX番号

06-6844-0396