

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 【曜日を○で囲んでください】

| | |
|------|-------------------|
| 時間、週 | 回 (月 火 水 木 金 土) |
|------|-------------------|

ご希望の透析日

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

透析中の食事 (ほっかほっかていの幕の内弁当になります。)

| |
|---------|
| 必要 ・ 不要 |
|---------|

特記事項

| |
|--|
| |
|--|

※決定後、透析条件及び三回分の透析記録をFAXにてご送付ください。

| | |
|---------------|--------------|
| 岸田クリニック FAX番号 | 06-6844-0396 |
|---------------|--------------|