

臨時透析依頼書

東京新橋透析クリニック 宛

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

患者様情報

ふりがな	
氏名 (性別)	(男性 ・ 女性)
年齢 生年月日	歳 (大正・昭和・平成 年 月 日生)
電話番号 (患者様連絡先)	自宅 — — 携帯 — —
透析時間	時間
シャント	右 ・ 左

現在通院されている医療機関情報

医療機関名称	
電話番号	電話 — —

ご希望の透析日

1	月 日 ()	時 分	開始
2	月 日 ()	時 分	開始
3	月 日 ()	時 分	開始

* 透析室へのご案内は透析開始 10 分前です。

* 入室時間(新橋) 月～金 : 17 時～18 時 30 分、土曜日 : 9 時 50 分～11 時 20 分

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。

東京新橋透析クリニック FAX 番号

03-5537-5875