

東京曳舟病院 臨時透析 依頼書

依頼日	年 月 日
患者様の 当院 ご利用について	東京曳舟病院での臨時透析は 初めてですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
目的	<input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他()
患者様情報	フリガナ ()
	氏名 生年月日 T S H 年 月 日 年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
連絡先	()
緊急連絡先	() 本人との続柄 ()
	※透析中に体調不良などがあった場合、緊急で連絡の取れる番号を記入してください
現在透析中 の 医療機関	施設名
	電話番号 () FAX番号 ()
現在の透析日	月水金 午前 午後 夜間 透析時間 時間
	火木土 午前 午後 夜間
透析依頼日	月 日 () 午前 午後 夜間
	月 日 () 午前 午後 夜間
	月 日 () 午前 午後 夜間
	午前 9:00～ 午後 13:30～ 夜間 17:30～

ご依頼の場合は依頼書を印刷し記入後2週間前までに
 診療情報提供書・処方箋・感染情報・透析条件表・透析記録のFAXをお願いします
※ 3営業日中に御返答させていただきます

当院の透析時間は 月水金 午前7:45～22:00まで
 火木土 午前7:45～18:00まで
 ※ベッドの空き状況によってはお受けできない場合がございます。

TEL:FAX:03-5655-1130

透析センター直通