

社会医療法人 仁友会

南松山病院 地域医療連携室 宛

トラベル透析申込書

申込日	令和	年	月	日	
医療機関名					
電話番号					
FAX番号					
ふりがな				性別	男・女
患者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
ご連絡先	携帯	自宅			

透析時間と曜日

時間	週	回 (月・火・水・木・金・土・日)
----	---	-------------------

ご希望透析日

1	月	日	曜日	希望開始時間	午前・午後	時	分から開始
2	月	日	曜日	希望開始時間	午前・午後	時	分から開始
3	月	日	曜日	希望開始時間	午前・午後	時	分から開始

申し込み時に FAX いただきたい書類

- 1) 保険情報
- 2) かかりつけ医師の紹介状(診療情報提供書)
- 3) 透析条件、透析データ、透析記録

*透析ベッドの状況によっては、ご希望の日程・時間でののご案内ができない場合があります。

南松山病院 地域医療連携室 (紹介窓口)	専用電話 089-943-0866 専用FAX 089-943-0868
----------------------	---