

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
---------------	--------------