

# 姫野クリニック（出雲市）臨時透析申込書

## 申し込み日20 年 月 日（ ）

○をつけて下さい 【 ご本人様からのお申込み ・ 透析施設ご担当者様からのお申込み 】

ご氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	生 年 月 日	T・S・H	年	月	日
当院での透析	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に透析を受けたことがある（      年      月） 姫野クリニック ID番号						
ご住所	都 道 郡 町 府 県 市						
電話番号	ご自宅（      -      -      ） ・ 携帯（      -      -      ）						
	連絡希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯      連絡取れる時間（      ）						
当院での透析希望日	月      日（      曜日）（ 午前 ・ 午後 ・ 夜間 ）						ベッド
	月      日（      曜日）（ 午前 ・ 午後 ・ 夜間 ）						ベッド
	月      日（      曜日）（ 午前 ・ 午後 ・ 夜間 ）						ベッド
当日の食事	要 ・ 不要      （※当院弁当は1食あたり600円でご準備します）						
現在の透析状況	曜日・透析時間		(月水金) ・ (火木土) の 午前・午後・夜間（      時間透析）				
	施設	施設名					
	住所	都 道 郡 町 府 県 市					
	電話	電話（      -      -      ） ・ FAX（      -      -      ）					
その他							

ご記入の上、0853-20-2588までFAX後、確認のため0853-20-2566までお電話をお願いします。

----- ↓ここから下は姫野クリニック使用欄ですので記入不要です ↓ -----

当院での透析について	来院時間：		ダイアライザー：		
	HD ・ OnlineHDF (pre・post      ℓ/h)      時間				
	抗凝固剤   ：  ヘパフィルド ・ ダルテパリン ・ コアヒビター				
	初回      IU、 持続      IU/hr、 持続総量      IU				
	DW：	kg	血流：	ml/min	食量：
	注射：			ブラッドアクセス <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
その他					

院内回覧（押印）      師長 ⇒ 看護師 ⇒ 技士 ⇒ 栄養士 ⇒ 助手 ⇒ 事務