

# 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
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：	
		HD ・ OnlineHDF
	注射：	
その他		

院内回覧 (押印) 師長 ⇒ 看護師 ⇒ 技士 ⇒ 事務 ⇒ アテンダント ⇒ 栄養士