

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	食事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (至誠弁当 ・ 持参弁当) (※至誠弁当は1食600円)				
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)			
	施設名				
	住所	都 道 郡 町 府 県 市			
	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 :	ブラッドアクセス : <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	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