

旅行透析 申し込み書

お名前（フリガナ）					
生年月日	T・S・H	年	月	日	
住所					
連絡先					
医療機関名					
医療機関住所					
医療機関連絡先					
希望の来院日	令和	年	月	日（	）
	令和	年	月	日（	）
	令和	年	月	日（	）

【当日持参するもの】

- ☐ 健康保険証・特定疾病療養受領証
- ☐ 診療情報提供書・透析サマリー・透析記録

※来院予定1週間前までにFAX送信し、原本は当日持参してください。

【会計について】

当日透析後、会計となります。

来院日が祝祭日にあたる場合は、会計処理が出来ないため預かり金として1万円お預かりします。後日会計よりご連絡、精算します。

医療法人以和貴会
 こくら台ハートクリニック
 沖縄県那覇市国場1169-20
 TEL：098-855-8810
 FAX：098-855-8811
 mail：kokuradaiheart-clinic@iwakikai.net