

旅行透析 申し込み書

お名前（フリガナ）	（男・女）
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（ ）

＊旅行透析申込書FAXお願いします

＊来院時間：当日9時までに透析室へお越しください。

【当日持参するもの】

- ☐ 健康保険証・特定疾病療養受領証 ☐ 止血ベルト（使用の方）
☐ 診療情報提供書・透析サマリー・透析記録 ☐ イヤホン（TV用）

※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