

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。