

## 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。FAX確認後、受付完了となります。

\* 当日都合が悪く来院できない場合は、必ずご連絡下さい。

\* 来院時間は午前9時までとなっています。

※ 患者様が来院後に透析機器の準備を行います（20分程）  
来院の際は、時間にゆとりをもってお越しください。

### 【当日持参するもの】

マイナンバーカードまたは資格確認証・特定疾病療養受領証・身体障害者手帳

診療情報提供書・透析サマリー・透析記録

止血ベルト（使用の方）                       イヤホン（TV用）

※ 来院予定 **1週間前**までに透析サマリー・透析記録を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