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。

＊ 台風などの自然災害時はやむを得ず日時変更や
希望日の透析をお受けできない場合があります。

※ 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