

維持透析前見学兼診察依頼票

増子記念病院 地域医療連携室 FAX(直通)052-451-1347

※ 診察依頼票と共に 診療情報提供書、透析情報、シャント手術記録、PTA記録をFAXしてください

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までご連絡ください
※万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください

医療機関名	電話番号								
	FAX番号								
	診療科	担当医師							
フリガナ			男・女	生年月日	大正	年	月	日	
患者氏名					昭和	才			
住所	〒		連絡先	昼間					
				夜間					
療法希望	※希望する下記項目へチェックを入れてください								
	<input type="checkbox"/>	血液透析	希望曜日	⇒	<input type="checkbox"/> 月・水・金	<input type="checkbox"/> 火・木・土			
			希望シフト	⇒	<input type="checkbox"/> アサ	<input type="checkbox"/> ヒル	<input type="checkbox"/> ヨル		
	※ 透析開始時間は、透析室により入室時間等、異なるため、詳細は、面談時にご説明させていただきます (透析開始の目安:アサ→9:00～ ヒル→14:30～、ヨル→16:30～)								
	<input type="checkbox"/>	長時間透析	<input type="checkbox"/> 昼間	(透析開始の目安:10:00～)					
<input type="checkbox"/> 深夜			(透析開始の目安:22:00～)						
<input type="checkbox"/>	血液透析+腹膜透析 の併用療法	希望曜日	⇒	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土
		希望シフト	⇒	<input type="checkbox"/> アサ	<input type="checkbox"/> ヒル	<input type="checkbox"/> ヨル			
<input type="checkbox"/>	腹膜透析								
診察希望日	①	令和	年	月	日	曜日	午前	11:30	
	②	令和	年	月	日	曜日	午前	11:30	
	③	令和	年	月	日	曜日	午前	11:30	

※予約時間は、午前診療の最終枠となります

予約確認票(貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の予約日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約日時

令和 年 月 日 曜日 / 午前 時 分 ~

診療科

担当医師

※ 当日は、保険証等を持参の上、予約時間の30分前までに受付をしてください

増子記念病院 地域医療連携室 TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

(FAXは24時間受付けておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますのでご了承ください)