

## 臨時透析（旅行透析）申込書

記入日	年 月 日		
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療関係者		
受診者 情報	フリガナ		
	氏名	生年月日 年 月 日	
	住所		
	連絡先		
目的	<input type="checkbox"/> 旅行（ <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体） <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他		
透析施設名			
電話番号			
FAX番号			
現在の透析時間と曜日			
(        ) 時間、 (月水金、火木土 / 午前   、午後   、夜間)			
当院受診歴	無   ・   有		
透析希望日	月 日 (    )	(午前、午後)	
	月 日 (    )	(午前、午後)	
	月 日 (    )	(午前、午後)	
	月 日 (    )	(午前、午後)	

※ この用紙を地域医療連携室にFAXしてください。

地域医療連携室      FAX：084-920-9278

TEL：084-920-1472

平日（月曜日～金曜日）：8:30～17:30

土曜日（午前のみ）：8:30～12:30