

観光透析・臨時透析申込書

連絡先: 医療法人社団のぞみ記念下田循環器・腎臓クリニック

FAX 番号: 0558-23-3330

申込日	年 月 日		
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代筆(続柄) 名前()		
受診者情報	フリガナ	男 女	生年月日
	氏名		大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳
	住所	〒	
	電話番号	自宅	携帯
	緊急連絡先①	氏名() (続柄) 連絡先	
	緊急連絡先②	氏名() (続柄) 連絡先	
主な病名		他に治療中の病名	
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		
透析希望日	1 2 3	月 日 (曜日) 午前・午後・夜間 月 日 (曜日) 午前・午後・夜間 月 日 (曜日) 午前・午後・夜間	長期滞在の場合 希望期間 月 日 ~ 月 日
予定滞在先	名 称 電 話	滞在先から当センターまでの交通手段	
現在受診している医療機関情報	名称		担当医師名
	所在地	〒	
	電話番号		FAX 番号
現在の透析時間/曜日	一日 () 時間 週 () 回 月 火 水 木 金 土		
感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () コロナウィルス感染(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・ コロナワクチン接種回数 回 ・ 接種証明(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
当日の付添い(同行者)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(旅行同行者連絡先:)		
その他質問事項	※質問、要望等ご自由に記載ください。		