

# ゲスト透析お伺い事項

## ①透析ご希望日・ご希望時間は？

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_ 時頃

## ②お名前？

氏名？ \_\_\_\_\_

フリガナ？ \_\_\_\_\_

生年月日？ M ・ T ・ S ・ H ・ R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

性別？ 男性 女性

電話番号？ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ③こちらで透析を受けたことがある？

ある ない

※初めての方はご予約に先立ち透析情報を FAX していただいております。

## ④現在透析を受けておられる医療施設名？

施設名： \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号？ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ⑤医療保険の種類？

社会保険 国民保険

## ⑥~~弁当のご希望？ (注：自費 594 円)~~

~~有り \_\_\_\_\_ 無し \_\_\_\_\_~~

※透析申し込み時に透析条件と診療情報提供書の写しを FAX してください。確認後、受入れの返答します。