

ゲスト透析お伺い事項

①COVID19 ワクチンの接種はお済みですか。 _____ 回

②透析ご希望日・ご希望時間は？

_____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時頃

③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？ (_____) _____ - _____

④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。

⑤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？ (_____) _____ - _____

⑥医療保険の種類？

社会保険

国民保険

⑦弁当のご希望？ (注：自費 594 円)

有り _____ 無し _____

※透析予定日の1週間前までに透析条件と診療情報提供書の写しを FAX または、郵送してください。