臨時透析依頼書

盛岡友愛病院　地域医療連携室　行

FAX:019－637－2111

年　　月　　日

患者　氏名	ふりがな	性別
		男性　・　女性
生年月日	M･T･S･H　　年　　月　　日　（　　歳）	
電話番号		

現在行っている透析の状況	
透析行っている医療機関	医療機関名
	住所
	電話番号(　　－　　－　　) FAX番号(　　－　　－
時間、週　　回（月・火・水・木・金・土・日）	
血液透析(HD)　・　血液濾過透析(OHDF)	

ご希望の透析日		
1	月　　日　　曜日	（　午前　・　午後　）
2	月　　日　　曜日	（　午前　・　午後　）
3	月　　日　　曜日	（　午前　・　午後　）

問題点などの特記事項

※受け入れ可能か否か決定後ご連絡いたしますので、下記への記入願います。

ご連絡先　TEL:(　　－　　－　　)
電話お返事の希望時間帯:(①　　②)