

臨時透析依頼書

恵寿ローレルクリニック 透析科 行
FAX:0767-52-5510

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	自宅:	携帯:

現在行っている透析の状況

透析を行っている 医療機関	医療機関名		
	住所		
	透析室電話番号:	FAX番号:	
透析シフト等	時間・週 回 (月・火・水・木・金・土・日)		
	血液透析(HD)・血液濾過透析(OHDF)		
シャント肢		感染症の有無	
その他特記事項			

ご希望の透析日時

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)

※担当看護師より折り返しご連絡のうえ日程の調整をさせていただきます。