

## 臨時透析依頼用紙

〈臨時透析を受ける患者様の情報〉

氏名			
年齢	歳		
患者様連絡先	自宅 携帯	透析施設 その他	TEL ( )
臨時透析依頼日	月 日 ( ) ~ 合計透析回数 回		
時間 (希望)	午前透析希望、午後透析希望、特に希望なし		
臨時透析目的	帰省 (帰省先 )、旅行、その他		
透析施設名			
透析施設住所			
施設電話番号(FAX)	TEL	FAX	
※連絡、質問			

折り返し、当病院スタッフよりご連絡致します。