

診療予約申込書

白鷺血管アクセスセンター

先生御侍史

① 受診希望日

第1希望日	平成	年	月	日 ()	時	分
第2希望日	平成	年	月	日 ()	時	分

② 患者様情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
患者氏名		男・女	電話番号			
住所						
保険番号		公費負担者番号				
記号・番号		公費受給者番号				
区分	本人・家族	負担割合				割
当院受診歴	有・無	特定疾病療養受領証				有 (1万・2万)・無

受診目的	シャント造設・脱血不良・閉塞・瘤・感染・その他 ()
入院希望	有・無
透析日	月水金・火木土・その他 ()
最終透析日	年 月 日
預かり透析希望	有・無
アクセス	左・右 / 自己血管・人工血管・その他 ()
ADL	自立・車椅子・ストレッチャー

③ インターベンション治療歴 (分かる範囲で記載をお願いいたします)

- ・有 (前回実施日 年 月 日)
- ・無

④ 医療機関情報

医療機関名 _____

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

医師名 _____ 科 _____

◆ お問い合わせ先

特定医療法人 仁真会 白鷺血管アクセスセンター (白鷺病院内)

専用TEL: 06-6714-5719

専用FAX: 06-6714-5710