

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	年 月 日 ()	時 分
第2希望日	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