

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
入院希望	有 ・ 無	

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()
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 (当院以外の治療歴の記載をお願いいたします)

- ・ 有 (①実施医療機関 実施日 年 月 日)
(②実施医療機関 実施日 年 月 日)
(③実施医療機関 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