

## 門司港腎クリニック 旅行透析予約申し込み

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 ( 男 ・ 女 ) \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_

御住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

お電話のご都合の良い時間帯 午前 午後 時 ~ 時

ご連絡方法のご希望

かかりつけ透析施設名

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ご希望透析日 月 日 ( )曜日 ~ 月 日 ( )曜日

ご希望透析時間帯(4時間透析の場合) 午前 (受付8:45、入室9:00) / 午後 (受付16:15、入室16:30)

\*ご都合で何時までに終わりたいなどのご希望があればお知らせ下さい。

\*当院は5時間以上の透析もお受けいたしますのでご相談ください。

ご要望

透析時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_

シャント肢 ( 左 ・ 右 ) \_\_\_\_\_

感染症 ( 無 ・ 有 ) 有の場合 ( B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 他 ) \_\_\_\_\_

ご来院方法 ( 自家用車 ・ タクシー ・ JR ・ バス ・ 送迎 ) \_\_\_\_\_

院内介助 ( 不要 ・ 必要 ) 必要の方へ ( 車椅子 ・ 歩行介助 ) \_\_\_\_\_

給食のご希望 ( 無 ・ 有 ) 1食600円で透析給食をお召し上がりいただけます。

その他、ご要望・ご質問があればご記入ください。

**予約完了のご案内のご希望** 印をつけてください ( 電話連絡 ・ FAX連絡 ・ メール連絡 )

ご希望に応じてメールまたはFAXでもお返事いたしますが、御来院前日にはお電話で確認させていただきます。



あした輝く、笑顔のために。

門司港腎クリニック

TEL 093-322-3551

FAX 093-322-3550