

旅行透析・臨時透析申込書

市立函館病院
 地域連携課 宛
 〒 041-8680 函館市港町1丁目10番1号
 直通FAX 0120-503-620
 直通TEL 0120-506-280

医療機関名 : _____
 郵便番号 : 〒 _____
 住所 : _____
 診療科・医師名 : _____ 科
 担当者名 : _____
 TEL : _____
 FAX : _____

〈紹介患者様情報〉

フリガナ 名前			男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所	〒 _____				
電話番号	自宅		携帯		
緊急連絡先①	名前() 続柄() 携帯番号()				
緊急連絡先②	名前() 続柄() 携帯番号()				
目的	<input type="checkbox"/> 旅行 (<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体) <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他()				
当院での透析希望回数		回			
透析希望日	1	月	日	(曜日)	予定滞在先
	2	月	日	(曜日)	
	3	月	日	(曜日)	滞在先から病院までの交通手段
現在の透析時間/曜日	一日()時間 週()回			月 火 水 木 金 土	
感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> その他)				

当日の付き添い (同行者)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (旅行同行者連絡先: _____)
---------------	---

その他質問事項	※質問、要望等ご自由に記載下さい
---------	--------------------------------------