

## 外来透析依頼書

年 月 日

紹介先医療機関名

堀田修クリニック

家入伯夫

先生

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

依頼期間	年 月 日	目的	<input type="checkbox"/> 旅行	<input type="checkbox"/> その他	食事希望	有・無
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 帰省	<input type="checkbox"/>		
フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	( 歳)
患者氏名						
住所 連絡先	〒 -					
	自宅 ( )	携帯 ( )				
現在の透析日	<input type="checkbox"/> 月・水・金 ( AM ・ PM )		<input type="checkbox"/> 火・木・土 ( AM ・ PM )			

※保険証・各受給者証（特定疾病療養受療証）透析記録・看護サマリーのコピーとともにFAXして下さい。  
 ※保険証等が無い場合は、貴院カルテの表書きをFAXにてお送り下さい。

《キ リ ト リ》

## 外来透析予約通知書

下記のとおり ( ) 様の予約をおとりいたしました。(患者様へお渡し下さい)

透析予約日：	年 月 日 ( ) AM・PM :
場所：	堀田修クリニック透析室
担当医師：	

〈患者様へお知らせ〉

受付：紹介受付窓口（透析予定時間の少し前においでいただき、本書をご提示ください）

持参していただく物：紹介状、透析記録、透析記録（最近3回）、保険証(特定疾病療養受療証を含む) 予約通知書(本書)、イヤホンなど

〈透析室 木・土曜の午後 日曜祝日休診〉

★ご都合により予約の日時にご来院できない場合は地域医療連携室までご連絡下さい。

堀田修クリニック

〒984-0013  
 宮城県仙台市若林区六丁の目南町2番39号  
 TEL:022-390-6033 <http://www.hoc.ne.jp/>