

## 臨時透析申込書

【個人情報について】 本院がお預かりする個人情報は医療行為を行う目的のために必要な範囲で利用します。本院が取得した個人情報は目的以外には一切使用しません。個人情報の当院への提供は、ご自身の判断にてお願いしていますが、当院の業務上、必要な情報をいただけない場合には、診療を受けられない場合がございます。これらに同意の上、ご記入しご送付ください。また、宛先の誤送信などの責任には負いかねますのでご注意ください。

申し込み日	西暦20 年 月 日	記入者：本人 ・ 代筆	代筆の場合には氏名・ご関係を記入して下さい 氏名： (関係 )		
透析を受ける方の氏名	ふりがな	性別 男 ・ 女	生年月日・年齢		
	様		西暦 年 月 日 (満 才)		
現住所	(〒 - )				
電話番号	自宅： - -	携帯： - -			
保険証情報	保険者番号；		記号・番号		
特定疾病療養受領証	持っている ・ 持っていない		透析導入 透析をはじめた年・月	西暦 年 月	
緊急連絡先 ①～③必須	透析予定日に必ず連絡の付く連絡先をご記入下さい。②③の方は患者様のご移動に関し同行するか否か○で囲んでください				
	①患者様本人： 上記携帯以外の場合ご記入ください；( - - )				
	②氏名 (関係 )		☎	同行 ・ 同行しない	
	③氏名 (関係 )		☎	同行 ・ 同行しない	

⇒いつも透析を受けるご施設の情報をご記入ください

施設名				
住所(略式)	県・都	市・区	電話番号	
連携担当者	氏名	様	医師 ・ 看護師 ・ 臨床工学技士 ・ ワーカー ・ 事務 ・ 他( )	
通常の透析について	透析サイクル ⇒ 月水金 ・ 火木土 ・ 他( )		； 治療時間 ⇒	時間透析

⇒臨時透析に関する内容

臨時透析の理由	帰省 ・ 慶弔 ・ 旅行 ・ 出張 ・ その他( )			
当院までの通院手段	徒歩 ・ バイク ・ 自動車 ・ タクシー ・ バス ・ その他( )			
宿泊場所 (宿泊予定の方のみ)				
ご希望の時間帯は？	時間帯の目安は午前：9:00～ ・ 午後13:30～ ・ 夜間17:00～となります。 詳細は追ってご相談させて頂き、決定となります。 ベッド状況により、ご希望に添えない場合もございます。			
透析希望日①	年 月 日( )	午前	午後	夜間
透析希望日②	年 月 日( )	午前	午後	夜間
透析希望日③	年 月 日( )	午前	午後	夜間
【ご要望・ご質問】				

