

臨時透析申込用紙

FAX:075-622-2137 (地域連携課 直通)

患者様氏名			(男・女)
生年月日	T S H	年 月 日	(歳)
住 所			
T E L	自宅	携帯	
透析施設名			
住 所			
T E L			(担当者) 様
F A X			
透析希望場所	桃仁会病院 (伏見桃山)	A帯8:00~12:00・C帯13:00~17:00・E帯18:00~22:00	
	からすま透析クリニック (烏丸御池)	月・水・金	午前帯 8:00~12:00 ・ 午後帯 12:00~16:00
		火・木・土	午前帯 8:00~12:00
透析依頼日	令和 年 月 日 (曜日)	帯 希望	
	令和 年 月 日 (曜日)	帯 希望	
	令和 年 月 日 (曜日)	帯 希望	
	令和 年 月 日 (曜日)	帯 希望	
	令和 年 月 日 (曜日)	帯 希望	
食 事	希望する 希望しない (1食650円) ※からすまクリニックでは食事対応していません		
当院での透析歴	あり (年 月頃) なし		
感 染 症	あり (HBs ・ HBe ・ HCV) なし		
備 考			

~FAX受信後、当院から貴透析施設にご連絡させていただきます~

受付時間:8時00分~17時00分(日曜日を除く)

FAXは24時間稼働しておりますが、受付時間後や日曜日の受信分は翌診療日のご連絡となります。

特定医療法人 桃仁会病院 地域連携課 〒612-8026 京都市伏見区桃山町伊賀83番1
TEL:075-622-2136(直通) FAX:075-622-2137(直通) TEL:075-622-1991(代)