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）	月～土	A帯 8:00～12:00 ・ C 帯13:00～17:00 D帯 17:00～21:00 ・ 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
	かつら透析クリニック（西京区）	月・水・金	午前帯 7:45～14:00 ・ 午後帯 12:30～18:00 夜間帯 17:00～22:00
		火・木・土	午前帯 7:45～14:00
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		
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）