

バスキュラーアクセスセンター申込票

桃仁会病院 地域連携課

TEL (075) 622-2136 直通 / FAX (075) 622-2137 直通

※緊急の場合は「申込票」をFAXの上、医師または連携室にお電話ください。

申 込 日	令 和	年	月	日	()
-------	-----	---	---	---	-----

< 紹介元医療機関 >

医療機関名					
担当医師名					
T E L	—	—	—	—	—
F A X	—	—	—	—	—

< 受診希望日 >

第1希望	月	日	()	第2希望	月	日	()
------	---	---	-----	------	---	---	-----

◎バスキュラーアクセスセンターの診察は火曜日と金曜日です。

◎火曜日⇒ 9:30~11:30 担当医師：長嶋隆夫 ◎金曜日⇒ 9:30~11:30 担当医師：佐藤 暢

< 患者様情報 >

外来通院中 入院中

フリガナ			性 別	生 年 月 日
患者氏名			男・女	大 昭 平 令 年 月 日
住 所	TEL — —			
紹介目的				
透析情報	<input type="checkbox"/> 保存期 <input type="checkbox"/> 透析中		透 析 日	
			<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土	AM • PM
	<連絡事項>			
ADL 等	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子を利用 (<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 介助不要) <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり			

< 被保険証情報 > 可能であればご記入下さい。保険証の写しをFAXして頂ければ記入不要です。

保険番号	保険者番号					記号・番号					本人・家族の別
公 費	保険者番号					番 号					老人保健の負担割合

◎受付時間：9時00分~17時00分（土・日・祝日を除く）

◎FAX受信後、30分以内に「診察予約票」を返信致します。

◎FAXは24時間稼働しておりますが、受付終了後・土・日・祝日の受信分につきましては翌診療日の返信となります。

桃仁会病院 TEL (075) 622-1991 代表