

# 木古内町国民健康保険病院 臨時透析申込用紙

## FAX : 01392-2-6025

患者様氏名	(ふりがな)
	(男 ・ 女)
患者様住所	
患者様生年月日	M T S 年 月 日 ( 歳)
患者様TEL	
透析施設名	
透析施設住所	
透析施設TEL	(担当者 )
透析施設FAX	
透析希望場所	午前帯 9 : 00 ~ 13 : 30 (月・火・水・木・金・土) *土曜日は第2・4のみ 午後帯 14 : 00 ~ 19 : 00 (月・水・金曜日のみ)
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
食事の希望	(1食680円) 希望する 希望しない
当院での透析歴	あり (平成 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 : 9 時 00 分 ~ 16 時 30 分 (土・日・祝日を除く)

FAX は 24 時間稼働しておりますが、受付時間外・土・日・祝日の受信分は翌診療日のご連絡となります  
 木古内町国民健康保険病院 〒049-0422 北海道上磯郡木古内町字本町 710 TEL : 01392-2-4895 (予約専用)  
 TEL : 01392-2-2079 (代)