

旅行透析 申し込み書

お名前（フリガナ）					
生年月日	T・S・H	年	月	日	
住所					
連絡先					
医療機関名					
医療機関住所					
医療機関連絡先					
希望の来院日	令和	年	月	日（	）
	令和	年	月	日（	）
	令和	年	月	日（	）

来院時間：当日9時までに6階透析室へお越しください。

更衣室はありません。軽装で来院してください。

【当日持参するもの】

- ☐ 健康保険証・特定疾病療養受領証
- ☐ 診療情報提供書・透析サマリー・透析記録

※来院予定1週間前までにFAX送信し、原本は当日持参してください。

【会計について】

当日透析後、会計となります。

来院日が祝祭日にあたる場合は、会計処理が出来ないため預かり金として

1万円お預かりします。後日会計よりご連絡、精算します。

医療法人以和貴会 西崎病院
 沖縄県糸満市字座波371-1
 TEL 098-992-0055(代表)
 透析室直通
 TEL 098-992-6465
 FAX 098-992-6465