

臨時透析に関する同意書

1. 当院での受け入れに際しては、診療情報提供書が必要となります。必ず通院先の主治医の許可を得てください。
2. 最終透析日より3日以上空くような場合は事前にご相談下さい。
3. ご予約に遅れる場合は必ずご連絡下さい。（代表0138-85-2001）
4. キャンセルの場合は、わかり次第早めに当院透析室までご連絡ください。
無断キャンセルの場合は、実費請求させて頂くこともあります。
5. 透析条件については、維持透析施設に準じたものとしますが、当院採用品の都合により変更となる場合があります。アレルギーに関する情報は事前にお知らせ下さい。
6. 他の患者さんの透析状況によっては、透析開始時刻が多少前後することがあります。
7. お支払いは、平日は当日精算、土曜祝祭日は後日精算となります。
8. 食事の提供はいたしておりません。事前に食事をお済ませ下さい。
9. 寝衣の貸し出しは行っておりません。
10. 駐車場は無料でご利用頂けます。
11. 透析当日に、症状がある場合は新型コロナウイルスおよびインフルエンザ検査を受けて頂く場合があります。その場合は透析終了時間が遅くなる場合があります。
12. 院内には車椅子を準備しております。ご自由にお使い下さい。

私は、上記内容を確認し、内容を承諾したうえで旅行透析を実施することに同意します。

市立函館恵山病院 院長様

同意年月日： 年 月 日

お名前： _____ 代筆者： _____ （続柄： _____ ）

※代筆の場合代筆者のお名前と続柄をご記載ください

ご住所： _____

市立函館恵山病院