

## 臨時透析申込書

市立函館恵山病院  
 病院院長 宛  
 〒 041-0525 函館市日ノ浜町15番地1  
 直通FAX 0138-85-2501  
 直通TEL 0138-85-2001

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
 郵便番号 : 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 : \_\_\_\_\_  
 診療科・医師名 : \_\_\_\_\_ 科  
 担当者名 : \_\_\_\_\_  
 TEL : \_\_\_\_\_  
 FAX : \_\_\_\_\_

〈紹介患者様情報〉

フリガナ 名前		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳		
住所	〒 _____					
電話 番号	自宅	携帯				
緊急 連絡先①	名前( ) 続柄( ) 携帯番号( )					
緊急 連絡先②	名前( ) 続柄( ) 携帯番号( )					
目的	<input type="checkbox"/> 旅行 ( <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体 ) <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他( )					
当院での透析希望回数	回					
透析 希望日	1	月	日	( 曜日 )	予定滞在先	
	2	月	日	( 曜日 )	電話番号	
	3	月	日	( 曜日 )	滞在先から病院までの 交通手段	
現在の透析 時間/曜日	一日( )時間 週( )回			月 火 水 木 金 土		
感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> その他 )					

当日の付き添い (同行者)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (旅行同行者連絡先: _____)				
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	介助	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
特記事項	視覚( )	聴覚( )	その他( )		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
当院での透析後、他地域での透析予定はございますか？	ある(施設名 _____)			ない	
その他特記事項	※質問、要望等ご自由に記載下さい				