

依頼日 年 月 日

医療法人社団 三陽会

前田内科病院

医療機関名	
電話番号	
FAX番号	
ふりがな 患者様氏名	
年齢・性別	歳 男性 / 女性
ふりがな ご担当者氏名	

透析時間と曜日、時間帯（○で囲んでください。）を記入してください。

時間 週 回 月・火・水・木・金・土 昼間・夜間

※ 当院は、月水金（昼間）だけご対応可能です。実施されている透析日をご記入ください。

臨時透析ご希望日。

1	月 日 曜日
2	月 日 曜日
3	月 日 曜日
他	

食事 ※ 有料 一食 350円です。

必要・不要

連絡事項

--

※ 本用紙にて臨時透析日をお知らせください。当院よりご連絡させていただきます。

送信先 FAX 番号 : 083-254-1157