

ありあけ内科クリニック

臨時透析FAX依頼書

平成 年 月 日	
ふりがな 患者さまご氏名	
生年月日/年齢/性別	明・大・昭・平 年 月 日 歳 / 男性 ・ 女性
患者さま住所	〒
患者さま電話番号	

医療機関名	
主治医の先生のお名前	
医療機関住所	〒
医療機関電話番号	
医療機関FAX番号	

ご希望の透析日

1	月 日 曜日	時 分頃	来院
2	月 日 曜日	時 分頃	来院
3	月 日 曜日	時 分頃	来院

特記事項

ありあけ内科クリニック FAX番号 0466-54-2667