

# FAX受診予約申込書(透析アクセス診察)

(申込日) 年 月 日

(お願い)

\* 受診当日に紹介状及びマイナンバーを持参されるよう患者様にご指示をお願いします。

\* ご不明な点がございましたら放射線受付までお問い合わせ下さい。

(電話:088-631-2002)

医療機関名

---

医師氏名

---

TEL ( ) -

FAX ( ) -

|                        |                                                                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受診希望日                  | 年 月 日 ( ) [午前・午後]                                                                                                    |
| 希望医師                   | <input type="checkbox"/> 無(早めの予約がお取りできる場合があります)<br><input type="checkbox"/> 有(医師名: ) <input type="checkbox"/> 医師へ連絡済 |
| 川島病院受診歴                | 無 ・ 有<br>※川島透析クリニック、鴨島・鳴門・脇町・阿南・藍住クリニックを含む。                                                                          |
| HDシフト                  | 週( )回 (月・火・水・木・金・土)                                                                                                  |
| 紹介目的<br><br>(必ずご記入下さい) |                                                                                                                      |

■患者様情報 ※必ずご記入お願い致します。

|      |                                       |    |     |
|------|---------------------------------------|----|-----|
| フリガナ |                                       |    |     |
| 患者氏名 |                                       |    |     |
| 生年月日 | (大正・昭和・平成) 年 月 日                      | 性別 | 男・女 |
| 住所   | 〒                                     |    |     |
| 電話番号 | ※日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(急な休診時のご連絡等のため) |    |     |

- ・FAX対応時間 月～金 9:00～12:00 14:00～17:00(土日祝祭日、年末年始は除く。)
- なお、FAXの受信は24時間終日可能です。
- ・時間外、土日祝祭日に受信したFAXについては、翌診療日の対応となります。
- ・緊急の場合は、電話での申し込みも受け付けています。