

FAX日： 年 月 日

当院受診歴	無 ・ 有（診察券ID： ）		
名前	ふりがな	生年月日	年 月 日 (歳)
現住所	〒		
連絡先 (携帯電話又は 固定電話)	①	※ 日中連絡が取れる電話番号を①に記載ください。 繋がらない場合は②へ連絡させて頂くことがあります。	
	②		
透析施設名	ふりがな		
	電話番号：		
透析方法		透析時間：（ ）時間	
透析曜日	月水金 ・ 火木土	実施時間帯	午前 ・ 午後 ・ 夜間
透析希望日	月 日 ()		
	月 日 ()		
	月 日 ()		
	月 日 ()		