

東京ネフロクリニック

FAX 03-3949-5781

見学・転院・旅行透析 依頼書

1. ご記入日 年 月 日

2. 種類をお選びください。 見学 転院 旅行透析 その他

3. 患者情報をお願いします。

患者名	(男・女) 生年月日 () 歳
住所	〒
電話	(自宅) (携帯)
連絡先	お名前 (続柄) 電話
透析・時間	HD・HDF・未定 透析時間 シェント 右・左

4. 先生の医療機関情報をお願いします。

施設名	病院・クリニック
連絡先	(電話) (FAX)
担当医師名	科

5. ご希望の日時をご記入下さい。

第1希望日	月 日 時頃	第3希望日	月 日 時頃
第2希望日	月 日 時頃	第4希望日	月 日 時頃

6. 転院をご希望の場合は以下もご記入下さい。

クール	月水金・火木土	入室時間	AM・PM
送迎	必要・必要なし	特記事項	

7. その他、ご連絡事項をお願いします。

--



東京ネフロクリニック
人工透析・腎臓内科・泌尿器科

〒170-0003 東京都豊島区駒込 3-3-19 ORCHID PLACE 7・8階

☎ 03-3949-5801 FAX 03-3949-5781

Email: komagome@tokyo-nephro-clinic.com