

バスキュラーアクセスセンター申込票

東葛クリニック病院 バスキュラーアクセスセンター

TEL : 047-364-5121(代表) / FAX : 047-367-0508

※緊急の場合は「申込票」をFAXの上、医師またはVAセンターにお電話ください。

申込日	年	月	日 ()
-----	---	---	-------

<< 紹介元施設情報 >>

施設名	
担当医師名	
TEL	— —
FAX	— —

<< 受診希望日 >>

第1希望	月	日 ()	第2希望	月	日 ()
------	---	-------	------	---	-------

◎バスキュラーアクセスセンターの外来診察は月曜日～土曜日の午前中です（祝日を除く）。

<< 患者様情報 >>

☐外来通院中 ☐入院中

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
患者氏名		☐ 男 ☐ 女 ☐ 他 ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H ☐ R	年	月	日
住 所					
TEL	— —				
紹介目的					
透析情報	☐ 保存期 ☐ 透析中		透 析 日		
			☐ 月・水・金	☐ AM	
			☐ 火・木・土	☐ PM	
	<連絡事項>				
ADL等	☐ 独歩 ☐ 車椅子利用 (☐ 要介助 ☐ 介助不要) ☐ 家族の付き添いあり				

<< 被保険証情報 >> 可能であればご記入ください。保険証の写しをFAXしていただければ記入不要です。

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別
			☐ 本人 ☐ 家族
公 費	保険者番号	番 号	老人保健の負担割合
			☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割

◎受付時間：9時00分～17時00分（日・祝日を除く）

◎FAXは24時間稼働していますが、受付時間外の受信分につきましては翌診療日の返信となります。