

# 臨時透析申込用紙

医療福祉・地域連携室 FAX:075-622-2137

患者様氏名	(ふりがな)		(男・女)
患者様住所			
患者様生年月日	M T S	年 月 日	( 歳)
患者様TEL			
透析施設名			
透析施設住所			
透析施設TEL			(担当者)
透析施設FAX			
透析希望場所	桃仁会病院 (伏見桃山)	A帯8:00~12:00・C帯13:00~17:00・E帯18:00~22:00	
	烏丸透析クリニック (烏丸御池)	月・水・金	午前帯 8:00~12:00 ・ 午後帯 12:30~16:30
		火・木・土	午前帯 ①8:00~12:00 ②9:00~13:00
透析依頼日	平成	年 月 日	( 曜日 ) 帯 希望
	平成	年 月 日	( 曜日 ) 帯 希望
	平成	年 月 日	( 曜日 ) 帯 希望
	平成	年 月 日	( 曜日 ) 帯 希望
	平成	年 月 日	( 曜日 ) 帯 希望
食事の希望	(1食650円) 希望する 希望しない		
当院での透析歴	あり (平成 年 月頃) なし		
感染症	あり (HBs・HBe・HCV) なし		
備考			

～FAX受信後、当院から貴透析施設にご連絡させていただきます～

受付時間:9時00分～17時00分(日曜日を除く)

FAXは24時間稼働しておりますが、受付時間後日曜日の受信分は翌診療日のご連絡となります

特定医療法人 桃仁会病院 〒612-8026 京都市伏見区桃山町伊賀83番1  
 医療福祉・地域連携室 TEL:075-622-2136(直通) FAX:075-622-2137(直通) TEL:075-622-1991(代)