

バスキューラーアクセスセンター申込票

桃仁会病院 医療福祉・地域連携室
 TEL (075) 622-2136 直通 / FAX (075) 622-2137 直通
 ※緊急の場合は「申込票」をFAXの上、医師または連携室にお電話ください。

| | | | | | |
|-------|-----|---|---|---|-----|
| 申 込 日 | 平 成 | 年 | 月 | 日 | () |
|-------|-----|---|---|---|-----|

< 紹介元医療機関 >

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| 医療機関名 | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | |
| T E L | — | — | — | — | — |
| F A X | — | — | — | — | — |

< 受診希望日 >

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

◎バスキューラーアクセスセンターの診察は火曜日と金曜日です。
 ◎火曜日⇒14:00～16:00 担当医師／橋本 哲也 ◎金曜日⇒ 9:30～11:30 担当医師／佐藤 暢

< 患者様情報 >

| | | | | | | |
|-------|---|--|--|------------|---|-----|
| フリガナ | | | 性 別 | 生 年 月 日 | | |
| 患者氏名 | | | 男・女 | 明・大 昭・平 | 年 | 月 日 |
| 住 所 | TEL — — | | | | | |
| 紹介目的 | | | | | | |
| 透析情報 | <input type="checkbox"/> 保存期 <input type="checkbox"/> 透析中 | | 透 析 日 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 | AM ・ PM | | |
| | <連絡事項> | | | | | |
| ADL 等 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子を利用 (<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 介助不要) <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり | | | | | |

< 被保険証情報 > 可能であればご記入下さい。保険証の写しをFAXして頂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(土・日・祝日を除く)
 ◎FAX受信後、30分以内に「診察予約票」を返信致します。
 ◎FAXは24時間稼働しておりますが、受付終了後・土・日・祝日の受信分につきましては翌診療日の返信となります。