

# 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/長嶋隆夫    ◎金曜日⇒ 9:30～11:30 担当医師：佐藤 暢

< 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	明 ・ 大                      年                      月                      日 昭 ・ 平
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	AM    ・    PM
	<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土		
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。