旅行透析・臨時透析申込書

連絡先：獨協医科大学日光医療センター　地域連携・入退院支援センター　FAX番号：0288-23-5057

申込日	年　月　日				
記入者	□ 本人　□ 家族　□ その他関係者　名前（　　）				
受診者情報	フリガナ 氏名	男　女	生年月日	大正　昭和　平成　令和 年　月　日　歳	
	住所	〒			
	電話番号	自宅　携帯			
	緊急連絡先①	氏名（　　）（続柄　　）連絡先			
	緊急連絡先②	氏名（　　）（続柄　　）連絡先			
	主な病名		他に治療中の病名		
目的	□ 旅行（□ 個人　□ 団体）　□ 帰省　□ 仕事　□ その他				
透析希望日	1 2 3	月　日（　曜日） 月　日（　曜日） 月　日（　曜日）	長期滞在の場合	希望期間 月　日 ～　月　日	
予定滞在先			滞在先から当センターまでの交通手段		

現在受診している医療機関情報	名称		担当医師名	
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
現在の透析時間/曜日	一日（　）時間　週（　）回　月　火　水　木　金　土			
感染症の有無	□なし　□あり（□B型肝炎ウィルス　□C型肝炎ウィルス　□その他（　　））			

当日の付添い（同行者）	□　あり　□　なし（旅行同行者連絡先：　　）
その他質問事項	※質問、要望等ご自由に記載ください。

院内には誰でも利用可能な車いすを準備しております。ご利用希望の方はご自由にお使いください。
但し、院内において常時介助を行うことは出来ないため、介助を要する場合は付添をお願い致します。