

# トラベル透析 申込書

年 月 日

仙台徳洲会病院 地域連携室 行  
〒981-3116  
仙台市泉区高玉町9-8  
TEL. 022-771-5134  
FAX. 022-771-5135

医療機関名  
所在地  
TEL  
FAX  
医師氏名

## 【患者情報】

2023.6版

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	様 (男・女)		( 才)
住所	〒		
電話		当院受診歴	無 ・ 有

滞在目的	<input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> その他 ( )
滞在期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )
透析希望日	
希望時間	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
透析時間	( ) 時間透析
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )
昼食希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1食 460円)
その他 特記事項	

仙台徳洲会病院 地域連携室

平日 8:30 ~ 17:00 土曜日 8:30 ~ 12:00