

臨時透析問診票

No.	項目	内 容
1	氏 名	
2	生年月日	年 月 日
3	住 所	
4	電話番号(日中の連絡先)	
5	メールアドレス	
6	現在通院中の透析施設名	
7	上記施設の電話番号	
8	透 析 時 間	時間
9	バスキューラーアクセス (シャント)	左 ・ 右 ・ カテーテル(部位:)
10	希 望 日	年 月 日 ~ 年 月 日
11	希 望 時 間	午前 ・ 午後 ・ 夜間(月水金のみ)
12	利 用 理 由	旅行 ・ 帰省 ・ 出張 ・ その他()
13	当院までの交通手段	自家用車 ・ 家族送迎 ・ 公共交通
14	駐 車 場	利用する ・ 利用しない
15	ロッカールーム	利用する ・ 利用しない
16	移 動 能 力	自立 ・ 車いす(利用 する ・ しない)
17	そ の 他	

※本問診票は事前予約受付となります。詳細に関しては、後日当院からご連絡させていただきます。