

本町矢吹クリニック 臨時透析申し込み用紙

〒990-0043 山形県山形市本町1丁目6-17
 電話：023-615-1877 FAX：023-615-1866

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|
| 保険者番号 | | 保険証の記号・番号 | |
| 特定疾病療養受療証 | <input type="checkbox"/> 持っている | <input type="checkbox"/> 持っていない | |
| 重度心身障害者（児）医療証 （山形県内在住の方のみ） | 負担者番号： | | |
| | 医療証番号： | | |

| | | | | | | |
|---------------|---------|---|------|---|-----|-----|
| ふりがな 氏名 | | | | 殿 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| 自宅住所 | 〒 | | | | TEL | |
| 施設名 | | | | | | |
| 施設住所 | 〒 | | | | TEL | |
| 透析依頼日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | クール | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | クール | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | クール | |
| 備考 | | | | | | |
| 当クリニック 記載欄 | 受信日： | | 受信者： | | | |
| | 返信日： | | 返信者： | | | |
| | 返信先： | | | | | |

FAX 受信後、当クリニックから透析施設へ電話連絡させていただきます。