

ゲスト透析のご案内

ご予約方法

1. 電話にて透析予定日をお伝えください

電話番号：0567-47-0088

(なお満床・諸事情によりお受けできない場合もございます)

2. 書類の事前FAXをお願いします

FAX番号：0567-47-0089

【FAX書類】

- 透析条件（看護サマリ）
- シェント情報
- 直近3回分の透析経過記録のコピー
- 健康保険証のコピー
- 特定疾病療養受領書のコピー
- その他の医療受給者証のコピー

3. 当日ご持参いただくもの

- 診療情報提供書
- 健康保険証
- 特定疾病療養受領書
- その他の医療受給者証
- 医療費（自己負担限度額分）
- パジャマ、バスタオル、タオル、止血バンド、その他

お支払い（医療費）に関して

【当日】 受付にて自己負担限度額分の1万円または2万円をお支払いください

【後日】 お住いの市町村に領収書の提出をしていただき医療費の払い戻し手続きを行ってください

ゲスト透析 申込書

記載日: 令和 年 月 日

記載者:

【依頼先】

尾張西クリニック	TEL : 0567-47-0088	FAX : 0567-47-0089
----------	--------------------	--------------------

【依頼元】

医療機関名		
住所		
連絡番号	TEL :	FAX :

【患者情報】

患者氏名	フリガナ	生年月日	性別
		T・S・H 年 月 日	男・女
滞在目的	<input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他 ()		
滞在期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()		
透析希望日	<input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他 ()		
CKD原疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
透析時間	()時間透析		
シャント	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 自己血管 <input type="checkbox"/> 人工血管 <input type="checkbox"/> ボタンホール		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
コロナワクチン接種	<input type="checkbox"/> 接種済 [4回・3回・2回・1回] <input type="checkbox"/> 未接種		
コロナ感染症検査	<input type="checkbox"/> 検査済 [48時間以内] <input type="checkbox"/> 未検査		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 ()		
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他特記事項			

ご不明な点は、透析室にお問い合わせください