

ゲスト透析予約のご案内

202 年 月 日

送信先： 透析室 ご担当 様

(通信枚数は、この用紙を含め 枚です)

平素より大変お世話になっております。この度は患者様のご紹介有難うございます。

貴院、患者様 様の臨時透析のご連絡をさせていただきます。

ご施設様におかれましては臨時透析 1 週間前までに、以下内容をFAXにてお知らせください。

① 診療情報提供書 ②透析条件 ③透析記録 3 回分

*ネスプ・ダルベポエチン投与中の患者様は、旅行日以外での実施等、対応をお願いいたします。

エポジンの投与は可能です。

*現在、当院では旅行者様の食事は中止しております。ご希望の方は、事前にご相談ください。

*当院での透析直前に、ご本人の体調不良や同居家族の感染症罹患の際は、必ずご連絡ください。状況によってはお受けできない事があります。ご理解の程よろしくお願いいたします。

下記、ご本人様へご案内いただけますよう、お願いいたします。

予約日時： 年 月 日 () 午後 時 《透析回数 回》

- ① 午前 9:00 に体温測定後、透析室直通 0577-36-1191へお電話ください。体調確認をします。
- ② 午後 14:00 に当院駐車場に到着後、透析室へお電話ください。ご案内します。

持ち物： ★診療情報提供書・透析条件・透析記録 3 回分

★パジャマ(重さの分かるもの)

★必要な内服薬 *当院での処方等は致しかねます、必ずご持参をお願いします。

★マイナンバーカード・健康保険証・特定疾病療養受療証・障害者医療受給者証(岐阜県在住者)

★医療費のご精算は現金会計にてお願いしております。ご了承ください。

ご不明な点がございましたらお手数ではございますが、お問い合わせください。

今後とも何卒お願い申し上げます。

〒506-0825 岐阜県高山市石浦町 6 丁目 220 番地

透析室直通電話 0577-36-1191 FAX 0577-35-3039

発信者：医療法人薫風会 高桑内科クリニック 透析室 担当()