

診療予約申し込み用紙

**FAX 072-805-4811**

紹介元医療機関	施設名	TEL:	FAX:
	ご担当者様部署	氏名:	

診察希望日	第1希望	第2希望
	月 日 ( )	月 日 ( )

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
患者氏名			年 月 日生 ( 歳)
保険情報	※別紙にて送信をお願いします。(保険情報の用紙又は、保険証のコピー等)		
透析	<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 ※透析時に使用している抗凝固剤の種類 <input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> 低分子ヘパリン <input type="checkbox"/> ナファモスタット		
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす		

診療目的	現在お困りの症状に関して、当てはまるもの全てにチェックをお願いいたします	
	<input type="checkbox"/> シャント 造設 <input type="checkbox"/> 脱血不良 (QB ml/min) <input type="checkbox"/> 穿刺困難 <input type="checkbox"/> シャント音が弱い、狭窄音がする <input type="checkbox"/> シャント音消失 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 止血困難 <input type="checkbox"/> シャント肢が腫れている <input type="checkbox"/> シャント感染 <input type="checkbox"/> シャント瘤

〒573-1197 大阪府枚方市禁野本町1-16-6 アクロポリス有馬2F  
大川VA透析クリニック**TEL:072-805-4810 FAX:072-805-4811**  
**URL <http://okawa-vac.jp/>**

FAX申し込み 受付時間	月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00 時間外に着信したFAXのご返信は、翌日以降となります
-----------------	---