

年 月 日

## アクセス 診察依頼書

下記へご記入を御願ひ致します。□にはレ点チェックを入れてください。

国立病院機構 熊本医療センター

病院名

腎臓内科

医師名

中村朋文  東大樹

ご住所

吉井隆一  担当医

医師 宛

TEL:

FAX:

患者様情報			
ふりがな		生年月日	性別
氏名		年 月 日	

血液透析日	<input type="checkbox"/>	月	水	金
	<input type="checkbox"/>	火	木	土

### 依頼内容

アクセス	<input type="checkbox"/>	右上肢	<input type="checkbox"/>	左上肢
	<input type="checkbox"/>	右下肢	<input type="checkbox"/>	左下肢

☆ もし可能でしたら簡易図等の添付をお願い致します。

緊急度	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	なし
-----	--------------------------	---	--------------------------	----

☆ 緊急の場合お電話ください。

造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	なし
----------	--------------------------	---	--------------------------	----

希望日	①	月	日	②	月	日	③	月	日
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

鎮静入院のご希望 (1泊入院)	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	なし
--------------------	--------------------------	---	--------------------------	----

備考 (都合の悪い日等)	
-----------------	--

リブレの使用	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	なし
--------	--------------------------	---	--------------------------	----

リブレ使用有の場合、アクセス対応の際には取り外していただくことをご了承ください。  
ご了承いただける場合は下記にご署名をお願いいたします。  
(熊本医療センターからリブレをお渡することは出来かねます)

患者氏名:(自筆)

予約センター: 096-353-6563 までFAXお願い致します。