

血球成分除去療法(G-CAP)診察依頼票

ごきそ腎クリニック 血液浄化センター FAX(直通)052-872-1907

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がありましたら、血液浄化センターまでご連絡ください。

医療機関名	TEL:			FAX:			
フリガナ		男・女	生年月日	大正	年	月	日
患者氏名				昭和			才
				平成			
住所	〒 -		連絡先	昼間	()	-	
				夜間	()	-	
診療科			担当医				
紹介(受診)目的							

予約確認票(貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の予約日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約日時

平成 年 月 日() AM・PM・夜間 :

診療科 腎臓内科、人工透析内科 担当医師 宮崎 高志

※ 予約確認後、カルテ作成のため、保険証とお持ちの方は公費医療証を合わせてFAXしてください。

※ 当日は、診療情報提供書を持参の上、予約時間の20分前までに受付をしてください。

ごきそ腎クリニック 血液浄化センター

TEL 052-872-1901 FAX 052-872-1907

(FAXは24時間受付けておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。)