

予約フォーム

※この用紙は FAX 専用です。印刷してご利用ください。

医療法人博腎会 博腎会病院

TEL : 092-272-0565 FAX : 092-272-1092

記入日 年 月 日

患者様情報

氏名		
連絡先（日中連絡がつく番号）		
かかりつけ病院名		
病院連絡先		
利用の有無（希望の場合は○）	食事 ¥ 320	寝巻き ¥ 360
(食事利用の方)アレルギーの有無	有り ()	無し
感染症(B 型肝炎、C 型肝炎等)有無	有り ()	無し

希望日時

①	年	月	日 ()	AM / PM
透析時間	4 時間未満 / 4 時間 / 4 時間半 / 5 時間			
②	年	月	日 ()	AM / PM
透析時間	4 時間未満 / 4 時間 / 4 時間半 / 5 時間			
③	年	月	日 ()	AM / PM
透析時間	4 時間未満 / 4 時間 / 4 時間半 / 5 時間			
④	年	月	日 ()	AM / PM
透析時間	4 時間未満 / 4 時間 / 4 時間半 / 5 時間			
⑤	年	月	日 ()	AM / PM
透析時間	4 時間未満 / 4 時間 / 4 時間半 / 5 時間			