

透析連絡票

年 月 日

見学予定日時	年 月 日 () 時
患者氏名 性別	様 (歳) 男・女
生年月日	M・T・S 年 月 日
シャント肢	左・右 (シャント・表在化・カテーテル)
患者希望曜日	月水金・火木土 (AM・PM)
食事の希望	あり・なし
送迎希望	あり・なし
備考	

※記入または○で囲んでFAXしてください