

菊名記念クリニック 行

透 析 連 絡 票

面談日時	年 月 日 ()
お名前	
生年月日	年 月 日 歳
住所	
電話	
紹介医療機関名	
シャント肢	左 右 (シャント ・ 表在化 ・ カテーテル)
感染症有無	あり なし
患者希望 曜日	月・水・金 火・木・土 特になし
時間（患者希望）	午前 午後 特になし
送迎希望	あり なし
備考	