

矢吹嶋クリニック 臨時透析申し込み用紙

〒990-0885 山形県山形市嶋北4丁目5-5
 電話：023-682-8566 FAX：023-682-8567

保険者番号		保険証の記号・番号	
特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 持っている	<input type="checkbox"/> 持っていない	
重度心身障害者（児）医療証 （山形県内在住の方のみ）	負担者番号：		
	医療証番号：		

ふりがな 氏名				殿	性別	男・女
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	年齢	歳
自宅住所	〒				TEL	
施設名						
施設住所	〒				TEL	
透析依頼日	平成	年	月	日	クール	
	平成	年	月	日	クール	
	平成	年	月	日	クール	
備考						
当クリニック 記載欄	受信日：		受信者：			
	返信日：		返信者：			
	返信先：					

FAX 受信後、当クリニックから透析施設へ電話連絡させていただきます。