

おがわクリニック バスキュラーアクセス外来 予約専用
予約FAX 0982-31-3501

年 月 日

<input type="checkbox"/>	シャント作成	新規	事前に心機能評価をお願い致します			
		再建				
<input type="checkbox"/>	PTA	右	左	AVF	AVG	PTA施行日(
※PTA時は、3カ月以内のPTA施行歴を必ず記載して下さい。(当院以外も含めて)						
保険適応外の場合、材料費は請求させていただきます。その際の金額は、材料により7万円～30万円となります。						
<input type="checkbox"/>	その他		<input type="checkbox"/>	長期留置型留置カテーテル		
患者情報						
透析クール	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 金	手術日によっては血液透析のクール変更をお願いします		
	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 土			
抗凝固薬 抗血小板薬		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬品名			
アレルギー(薬・食べ物)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬品名 食べ物			
ADL	自立	介助	寝たきり			
フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
患者氏名						
生年月日		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	
住所		おがわクリニック受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
TEL ()		—	携帯TEL			
保険者番号						
被保険者証記号番号						
被保険者との続柄		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族			

診療情報提供書・薬・感染症データを必ず添付してください。

FAX受付時間 平日 8:30～16:30 (土・日・祝日 不可)

- *16時30分以降にお受けしたFAXについては、原則として翌診療日の午前中にお返事致します。
- *当院手術日は、火・水・木・金曜日となっています
- *緊急性(閉塞等)の高い患者さんは、直接、前田幸志郎医師へご相談下さい。
- *診療情報提供書等の原本は、患者さんへお渡しし、印鑑と共に受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。
- *場合によっては、一度診察に来てもらい、後日調整となります。

【お問い合わせ先】

特定医療法人 健腎会 おがわクリニック 外来

〒882-0803 延岡市大貫町2-1206-1 TEL 0982-31-3121