

■ 臨時透析のご案内

・当院で臨時透析を希望される場合、当院にお電話をいただいた後、別紙の臨時透析依頼書をご記入の上、当院にFAX（04-7121-6515）をして下さい。

・透析時間帯

月・水・金（午前透析・午後透析・夜間透析）

火・木・土（午前透析）

※希望日時などご希望に添えない状況が発生することがありますことをご承知おき下さい。

■ 来院前の手続きについて

① 臨時透析依頼書 ② 健康保険証のコピー ③ 特定疾病療養受領証のコピー

④ 身体障害者手帳のコピー⑤ その他医療受給者証（お持ちの方のみ）

を当院にFAXして下さい。FAX：04-7121-6515

■ 透析当日

・平日来院の方

平日に来院される方は総合受付にお越しいただき、臨時透析をされる旨を受付に伝えてください。

透析センターまでご案内します。

・祝祭日・お盆・年末年始に来院の方

来院される場合、正面入り口は閉まっていますので、裏口にて入館していただき病棟に来院の旨をお伝え下さい。透析センターまでご案内します。

■ 持参していただくもの

健康保険証、特定疾病療養受領証、身体障害者手帳、その他医療受給者証（お持ちの方のみ）、イヤホン（テレビをご覧になる方はお持ち下さい）

■ 料金のお支払い

外来一部負担金につきましてはお持ちの健康保険証、特定疾病療養受領証、重度心身障害者医療費受給者証により一部負担金を徴収致します。領収書にて自県の役所において償還払いをしていただく必要があります。また、透析依頼日が祝祭日、当院休診日（盆・年末年始など）の場合においては預かり金をさせていただきます（預かり金は1万円又は2万円〔1月あたり〕とな

ります）。その際は後日に保険証等を確認後清算となり領収書を郵送致します。（返金がある場合は為替を同封させていただきます。ただし、手数料は患者様負担となります）

■ 食事について

希望される方は事前にお申し込み下さい。

臨時透析FAX依頼書

医療機関名	
電話番号	
FAX番号	
ふりがな	
患者様 氏名	
年齢 性別	歳 男性 女性

透析時間と曜日（○で囲んで下さい。）

時間、週 回、（ 月、火、水、木、金、土 ）

ご希望の透析日

1	月	日	曜日
2	月	日	曜日
3	月	日	曜日

透析中の食事（有料）

必要 ・ 不要

問題点など特記事項

--

※決定後、透析条件をFAXにて御送付下さい。

■野田中央病院FAX番号

047-121-6515