

臨時透析暫定予約申請表

臨時透析予約依頼

日期: _____ 日 / _____ 月 / _____ 年

名 Given Name		姓 Surname	
-----------------	--	--------------	--

請以英文字母填寫護照上的姓名

パスポートに記載の名前をアルファベットで記入下さい

年齢		性別	☐ 男 ☐ 女
Country 国	☐ 中國 ☐ 台灣 ☐ 新加坡 中国 台湾 シンガポール ☐ 其他 () その他		

請選擇聯絡方式

連絡方法を選択下さい

☐	E-mail	
☐	FAX Number	

☐	本人 本人	☐	家人 家族	☐	代理人 代理人	() 代理人名
語言程度		流利 一點 莫		流利 一點 莫		
本人	日語	☐	☐	英語	☐	
陪同人員 (如有)	日語	☐	☐	英語	☐	

透析暫定予約申請

旅行日程	入境日 (預定)	(_____ 日 / _____ 月 / _____ 年)	離境日 (預定)	(_____ 日 / _____ 月 / _____ 年)
在同一家擇院最多可連續填寫希望透析日				
希望透析日	/ / (日 / 月 / 年) ☐ AM ☐ PM1 ☐ PM2 Day/ Month / Year			
傳染症 感染症	☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 無 ☐ 其他 () 本服務不接受HIV陽性患者的預約，敬請知悉。 本サービスではHIV陽性は受付できません。			
透析時間	☐ 3 小時 ☐ 4 小時 ☐ 5 小時 Hours hours hours			
血管通路	☐ 右臂 (Right Arm) ☐ 左臂 (Left Arm) ☐ 其他 (Other)			

將按照您所希望的日期時間進行預約，請將本表傳送到以下電子郵件地址或FAX號碼

Kinashi Obayashi Hospital Dialysis department

TEL: +81-87-881-3631

FAX: +81-87-881-3867

Email: touseki@obayashihp.or.jp

為確認臨時透析預約情況，需要英文版本的醫療資料和最近的透析記錄。請諮詢主治醫生，委託其幫助準備所需資料。

臨時透析予約を確定させる為に、英語の医療情報と直近の透析記録が必要となります。担当医に相談し、必要な書類の作成依頼をお願いします。