

Transient Dialysis Reservation Application

臨時透析予約依頼

Date: _____
Day / Month / Year

First Name 名		Last Name 姓	
-----------------	--	----------------	--

Please fill your name out in English. (Alphabet Name on your passport)

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

Age 年齢		Sex 性別	☐ Male 男	☐ Female 女
Country 国	☐ P.R.China 中国 ☐ Others その他	☐ Taiwan 台湾	☐ Shingapore シンガポール	

Please provide your contact information.

連絡方法を選択下さい

☐	Email メールアドレス	
☐	FAX Number FAX番号	

☐ My self 本人	☐ Family 家族	☐ Agent 代理人	(Name of Agen)					
Language Fluency		good	a little	none	good	a little	none	
Myself	Japanese	☐	☐	☐	English	☐	☐	
Atendant if you have	Japanese	☐	☐	☐	English	☐	☐	

Reservation Application

Travel Schedule 旅行日程	Date of arrival (plan)	(Date / Month / Year)	Date of departure (plan)	(Date / Month / Year)
Dialysis	/ / (Date/ Month /Year) ☐ AM ☐ PM 1 ☐ PM 2 日 / 月 / 年			
Infection Disease 感染症	☐ Hep B B型肝炎 ☐ Hep C C型肝炎 ☐ NA なし ☐ Others () その他			
Duration of dialysis 透析時間	☐ 3 Hours ☐ 4 Hours ☐ 5 Hours			
Blood Access	☐ Right Arm ☐ Left Arm ☐ Other			

For booking your requested reservation date and time, please send this sheet to the following email or fax number.

Kinashi Obayashi Hospital Dialysis department

TEL: +81-87-881-3631

FAX: +81-87-881-3867

Email: touseki@obayashihp.or.jp

To ensure the temporarily booked dialysis reservation, please prepare medical information and the latest dialysis records (all in English).

Please talk to your physician and prepare all necessary paperwork.

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。