

■ 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（0826-72-6115）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（広島県の方のみ）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：0826-72-6111

■ 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、正面入り口より左奥の休日・夜間出入り口にて管理室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（広島県の方のみ）、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（お持ちの方で広島県内により発行された方）により一部負担金を徴収致します。県外の重度心身医療費受給者証をお持ちの方は広島県では使用できませんので、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らせていただいております（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

食事を希望される方に1食450円で食事をご用意しております。希望される方は事前にお申し込み下さい。

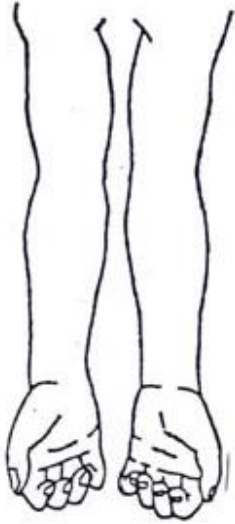
731-1533

広島県山県郡北広島町有田 1192

医療法人社団 慶寿会 千代田中央病院 透析センター

TEL：0826-72-6111 FAX：0826-72-6115

臨時透析依頼書

施設名			TEL			FAX		
ふりがな			性別	生年月日			年齢	
患者氏名			男・女	大・昭・平	年	月	日	才
血液型	型 RH()		感染症	HBs()HCV()ワ氏() HIV()その他() アレルギー()				
透析依頼日	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()までの()回							
原疾患			合併症					
透析導入日	昭和・平成 年 月 日		透析回数	回/週				
治療方法	・ HD ・ HDF 置換液 ℓ		透析液					
ドライウエイト	kg		透析時間	時間				
血流量	ml/min		ダイアライザー					
抗凝固剤	薬剤名		初回	単位/h	持続	単位/h		
定期注射薬			ブラッドアクセス					
薬剤禁忌			シャント部位					
			右・左					
			止血状態					
透析中の注意点			良好・困難					
					右・左			