

## 札幌白石記念病院旅行透析申込書

旅行透析にあたり個人情報の利用目的に関する説明と同意のお願い  
当院では個人情報を下記の利用方法にて実施しております。

- (1) 医療情報提供
  - (2) 診療費請求の為の事務
  - (3) 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - (4) 医療の質の向上を目的とした当院内外での教育症例研究・研修
  - (5) 当院患者さんに居宅サービスを提供するほか居宅支援事業との連携
- 以上より、個人情報の利用目的（病院ホームページ参照）に同意します

<記載日> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<利用者>

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別： 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所： \_\_\_\_\_

自宅電話： \_\_\_\_\_ 携帯電話： \_\_\_\_\_

勤務先： \_\_\_\_\_ 勤務先電話： \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

希望日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 回)

午前や午後の希望等あれば記載ください ( \_\_\_\_\_ )

当院受診歴 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

<身元保証人>

ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_ 様 性別： 男 ・ 女

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

<維持透析施設>

施設名： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

## 旅行透析についてのご案内

旅行透析のご予約日は

\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_曜日)  
\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分までに来院し受付へお声掛けください

### 【持ち物】

診療情報提供書 保険証類 お薬手帳 イヤホン (テレビを見る場合)  
その他、透析時に使用している止血ベルトやテープがあれば持参ください

### 【当院で透析をする上での了承事項】

- ・透析条件についてはかかりつけ施設に準じたものといたしますが、採用品の都合により変更となる場合があります。ご了承ください。
- ・開始時間は他患との兼ね合いで多少前後することがあります。ご了承ください。
- ・原則として旅行透析中に腎臓内科からの処方や検査の対応はしていません。



### お車

国道12号沿い。  
当院の駐車場をご利用下さい。

### JR

JR 白石駅からタクシーで約7分

### 地下鉄

東西線 南郷7丁目駅  
3番出口より徒歩10分

### バス

バス停「白石本通8丁目」より  
徒歩3分

社会医療法人医翔会 札幌白石記念病院

〒003-0026

北海道札幌市白石区本通8丁目南1番10号

旅行透析前のお問い合わせ先 平日9:00-17:00

011-863-5157 (患者サポートセンター直通)

旅行透析当日のお問い合わせ先

011-863-5151 (病院代表: 血液浄化センター)