

# ～臨時透析を希望される皆様へ～

※当院では希望透析日の1ヶ月前から受付をしております。

1ヶ月以上前からの受付はご遠慮ください。

## ①透析日と入室時間について

	月～土	日
午前	7:40～	休診
午後	12:50～	休診

大幅に入室時間が遅れてしまった場合、透析時間の短縮をお願いする場合があります。

当院で臨時透析される患者様は基本的に4時間の通常透析（HD）です。

## ②持ち物

- ・透析直前、透析中の内服薬がある場合は持参して下さい。（昇圧剤等）
- ・上履き（院内は土足厳禁です。患者様用のスリッパはご用意しています。）
- ・タオル2枚（枕とベッドに敷けるような大きさの物各1枚ずつ）
- ・イヤホン（お貸しする事は可能ですが数に限りがあります。）
- ・着替え（パジャマ等）
- ・健康保険証
- ・身体障害者手帳
- ・特定疾病療養受療証
- ・障害者医療費受給者証
- ・自立支援医療受給者証（お持ちの方）
- ・自己負担限度額管理票（お持ちの方）

## ③当日の流れ

午前の方は7:40、午後の方は12:40に来院しスタッフにお声掛け下さい。

↓

担当のスタッフが靴箱・ロッカーへご案内します。

↓

着替えが終わりましたら速やかに入室して下さい。

↓

体重を測定しベッドでお待ちください。

穿刺の順番は入室順に限らず、前後する場合がありますのでご了承ください。

↓

治療終了後、透析室にてお手紙（透析記録）をお渡し致します。

↓

担当医事スタッフより会計があるとお説明された方は外来会計窓口にて精算してお帰り下さい。

※土曜日、祭日時等の外来休診時は後日請求書をお送り致します。

# 臨時透析受付用紙

本紙に必要事項を記入の上、FAXにてご送信お願い致します。

ご送信いただいた内容と空きベット状況をもとに担当医師と相談の上引き受け可能か判断致します。

その結果につきましては、数日以内にこちらよりご施設の担当者様にお電話いたします。

**本紙は透析施設の担当者様が必ず記入し、送信してください。**

**患者様ご本人から直接の受付はお断りしております。**

## ①ご施設様の基本情報

施設名			
住所			
フリガナ			
担当スタッフ様氏名	様	職種	
電話番号	-	-	
FAX番号	-	-	

## ②ご依頼される患者様の情報

フリガナ			男・女
氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	

※入室時間について 午前7:50～ 午後12:50～ (正月は変則入室の場合あり)

希望曜日	月	火	水	木	金	土	透析回数
第一希望透析日	令和 年 月 日 ( )	午前・午後	～	令和 年 月 日 ( )	午前・午後		回
第二希望透析日	令和 年 月 日 ( )	午前・午後	～	令和 年 月 日 ( )	午前・午後		回
第三希望透析日	令和 年 月 日 ( )	午前・午後	～	令和 年 月 日 ( )	午前・午後		回
本人連絡先	-	-					
緊急連絡先	-	-				関係	
滞在目的							
滞在場所							
透析方法							
透析時間							分
シャント部位							
肝炎等の感染症	有	・	無	病名			
当院での透析	有	・	無	※過去に当院での臨時透析経験			
食事	要	・	不要	※1食500円でお持ち帰りも可能です。			
その他	※ADLは自立困難で要介助、穿刺が難しい、重度の既往病歴がある、など何か重要な情報があれば記載して下さい。						

ご不明な点等がございましたらお気軽にご連絡ください。



医療法人社団 煌生会

北見循環器クリニック

北海道北見市東三輪3丁目17番地1

(TEL) 0157-31-5800

(FAX) 0157-31-5888