協力透析医療機関紹介依頼書

様式第７－１号

令和　　　年　　　月　　　日

群馬県知事　様

TEL：027-226-2608

FAX：027-223-7950

医療機関名：

連絡担当者名：

連絡先：

　HIV患者の希望に基づき、協力透析医療機関の紹介を依頼します。

|  |
| --- |
| 患者情報 |
| 住所地 |  |
| 生年月日（年齢） |  |
| 性別 |  |
| 紹　介　目　的□ 入院透析　　□ 外来透析　　□ 透析導入　　□ 維持透析　　□　血液透析　　□　腹膜透析□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考(患者の状態等) |  |