

協力透析医療機関紹介依頼書

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)	