

## 協力透析医療機関紹介依頼書

令和 年 月 日

群馬県健康福祉部感染症・がん疾病対策課 御中

(疾病対策係)

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<br>(年齢)  |  |
| 性別  |  |
| 紹介目的<br><input type="checkbox"/> 入院透析 <input type="checkbox"/> 外来透析 <input type="checkbox"/> 透析導入 <input type="checkbox"/> 維持透析 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 備考<br>(患者の状態等)  |  |