

Dialysis Appointment Request

サミティヴェート病院スクムビット臨時透析予約依頼票

To: **Samitivej Hospital Sukhumvit** Email: japan@samitivej.co.th
Japanese Service Center
 Tel : +66-2-222-122~24
 Fax : +66-2-222-125

From: _____ Date: _____

※英語でご記入ください

Name お名前 (ローマ字)		Sex 性別	M 男	F 女
DOB (Y/M/D) 生年月日 (西暦)	年 月 日	Blood type 血液型		型
Address (home) 自宅住所		Tel (home) 自宅電話番号		
Next of Kin 近親者お名前		Next of Kin Tel 近親者電話番号		
Thailand arrival date タイ到着日		Thailand departure date タイ出発日		
Visiting address タイ滞在先				
Appointment Request ご希望透析日 (午前・午後いずれかに ○をつけてください)	年 月 日 : 午前 (7 時~) / 午後 (13 時~) Year Month Date Morning / Afternoon			
	年 月 日 : 午前 (7 時~) / 午後 (13 時~) Year Month Date Morning / Afternoon			
	年 月 日 : 午前 (7 時~) / 午後 (13 時~) Year Month Date Morning / Afternoon			
Infection disease 感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし : <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 () NA Hepatitis B Hepatitis C Others			

ご記入後、本予約依頼票を Email もしくはファックスで病院までご送付ください。

Samitivej Hospital Sukhumvit Japanese Service Center

Tel : +66-2-222-122~24 Fax : +66-2-222-125 Email: japan@samitivej.co.th