

# ヒアリングシート

(人工透析室 患者さま)

ふりがな:

性別 男・女

名前:

生年月日: 年 月 日( 歳)

郵便番号:

-

住所:

電話番号:

-

-

携帯番号:

-

-

E-mail:

Twitter @

医療機関名:

透析年数:

年

職業:

業務内容:

今、一番困っていること(簡単で構いません)

その他、弊事務所で登録しておいてもらいたいこと等ありましたら、ご記入ください。

