



# 愛心力量中原慈善洗腎中心 POLCCF DIALYSIS CENTRE

ふりがな : \_\_\_\_\_

氏名(Name) : \_\_\_\_\_

アルファベット表記 : \_\_\_\_\_

-

生年月日(Date of Birth): 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (満\_\_\_\_\_歳)

性別 (Sex): 男 / 女

(日本)現住所 :

\_\_\_\_\_

(日本)電話番号 : \_\_\_\_\_ ファックス (Fax) : \_\_\_\_\_

E-メール (E-mail) : \_\_\_\_\_

パスポート (Passport) : \_\_\_\_\_

(日本の家族 / 友達)現住所 :

\_\_\_\_\_

(日本の家族 / 友達)電話番号 : \_\_\_\_\_

ホンコンのホテル連絡先( Residential Add in HK-Hotel Name ) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

予約の日(Date of applying short-term HD treatment:西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

薬にはアレルギーですか( Drug allergic )      はい(Yes)      /      いいえ(No)\_

---

B 型肝炎の結果 ( Hepatitis B test results ) \_\_\_\_\_ ( +ve / -ve ) (陽性 / 阴性)

C 型肝炎の結果 ( Hepatitis C test results ) \_\_\_\_\_ ( +ve / -ve ) (陽性 / 阴性)

HIV の結果 ( HIV test results ) \_\_\_\_\_ ( +ve / -ve ) (陽性 / 阴性)

以下の書類をあわせて同封してください。\_

1 : 病歴と現在処方されている薬を記載した医師の紹介状。\_

2 :最近の 2 つの透析(HD)治療報告書。

3 :腎機能、肝機能、ヘモグロビン、B 型肝炎、C 型肝炎と HIV の最新研究結果。

Please send us the admission form with:\_

1 Doctor referral letter listed medical history and drugs currently received.\_

2 The last two HD treatment report\_

3 The latest laboratory test result of kidney function, liver function, hemoglobin, hepatitis B, hepatitis C and HIV to\_

どのように当社をご存じでしたか( From which channels do you learn our Centre )

---

-  
旅行やビジネスに外国人の人々、ホンコン滞在中の透析を必要とするがありますが、アプリケーションのフォームに記入し、一ヶ月半前に登録でデータのファイルを提出してください