

バクスター(株)  
サービパックグループサービパックグループ Fax 03-6220-0360  
各医療機関担当者

当院お通いの腹膜透析患者様のご旅行中の病院紹介／薬剤・器材・機械等の旅行先への配送を下記の通り依頼します。

\* <国内>ご出発日の2週間前までにご連絡下さい  
\* <海外>ご出発日の5週間前までにご連絡下さい

ご施設名	
ご施設住所	
ご施設TEL	
診療科	
主治医	
ご担当看護師	
バクスター担当MR	
患者様名	
フリガナ	
性別	男性・女性
生年月日	
訪問先 住所	
訪問先 電話番号	
訪問先 詳細	
滞在期間	(IN)
	(OUT)
使用機器	
使用システム	
薬剤発送の要不要	必要・不要

→薬剤の発送が必要な場合、処方箋の発行をお願い致します

配送希望日	
薬剤の種類・数量	
配送希望日	
配送先	(滞在先と異なる場合に記入)
その他特記事項	