

紹介連絡・予約申込票

(申込年月日：平成 年 月 日 午前・午後 時 分)

依頼先 岐阜ハートセンター 依頼医師名 電話（代表・緊急）：058-277-2277 （病診連携）：058-277-0270 FAX番号：058-277-3377	依頼元 医師御氏名 電話番号 FAX番号
--	---

☆患者基本情報

(フリガナ)		性別	男・女
患者様氏名			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	(歳)	
住所	〒		
電話番号			
保険証の有無	(有 ・ 無)	当院受診歴	(有 ・ 無)

☆診療依頼内容

希望診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> あしの外来 医師を指定される場合 医師		
希望日・時	<input type="checkbox"/> 希望なし 第1希望 年 月 日 午前・午後 第2希望 年 月 日 午前・午後		
検査・診断希望内容	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> CT (部位：) 造影 ※要・不要 <input type="checkbox"/> CAG 造影 ※要 <input type="checkbox"/> エコー (部位：) <input type="checkbox"/> その他 () ※造影：注1) 一部休業指示がございます。 注2) CT検査ご希望の際は、採血結果の有無及びクレアチニン値をお知らせ下さい。		
依頼事項 診断名または症状			
当日の持参資料	カテーテル ・ エコー ・ CT ・ 心電図 ・ 採血 ・ その他 ()		

返信・予約控

_____先生	平成 年 月 日
患者様の氏名 _____様	
予約日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分	
当日は予約時間の15分程前には受付へ、本状・紹介状・保険証（医療費受給者証）等を持って お越し下さい。当院で受診されたことがある方は当院の診察券もお持ち下さい。 その他の指示： _____	
岐阜ハートセンター 電話（代表・緊急）：058-277-2277 （病診連携）：058-277-0270 FAX番号：058-277-3377	担当医師：