

# 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
--	---

## ☆依頼内容

(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			
ご希望診療科	循環器内科 ・ 心臓血管外科		
	医師を指定される場合		医師
診断名 又は 症状			
希望日・時	年 月 日	午前・午後	時
検査・診断希望内容	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> CT (部位： ) 造影 要※ 不要 <input type="checkbox"/> CAG 造影 ※ <input type="checkbox"/> エコー (部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>※造影：ヨード剤検査となりますので塩酸メトホルミン（グリコラン・メディット・メルピン）は検査前48時間・検査後48時間内服を中止願います。〔乳酸アシドーシス発現のリスク〕</small>		
検査データ	BUN ( )	クレアチニン ( )	
依頼事項			

## 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	
当日は予約時間までに受付へ、本状、診療情報提供書、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：	