岐阜ハートセンター紹介連絡・予約申込書

FAX:058-213-0271

☆依頼元医療機関

申込日　　年　　月　　日

名称		医師名	
TEL		FAX番号	

☆患者基本情報

ふりがな		性別	男　・　女	生年月日	T　・　S　・　H 年　　月　　日
氏名					
住所	〒				
電話番号					

☆依頼内容

受診日	□　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 その他
診療科	□　循環器内科　□　心臓血管外科　□　形成外科・あしの外来	
希望医師	□　希望なし	医師を希望される場合　(　　)　医師
検査・診断内容	□　診察　□　入院 □　単純CT　（部位：　　） ※ □　造影CT　（部位：　　）　Cre(　　)　eGFR(　　) ※ □　CAG　→　検査日（　　）□　検査実施なし **※　検査時に必要なため、上記検査結果の記入をお願い致します。** □　エコー　（部位：　　） □　その他　（　　）	
診断名または症状		
当日の持参資料		

※予約申込票をもとにカルテを作成し、患者様をお迎えしております。お手数をお掛け致しますが、上記太枠内にご記入いただき、病診連携室へFAXして下さい。

岐阜ハートセンター　病診連携室
直通TEL:058-277-0270
直通FAX:058-213-0271

【電話受付時間】　平日8:30～18:30 土曜8:30～12:00

※受付時間外の申込みについては、翌診療日の対応となります。

夜間・救急は下記までご連絡下さい。

代表TEL：058-277-2277