

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	T ・ S ・ H
氏名				年月日	年 月 日
住所	〒				
電話番号					

☆依頼内容

受診日	<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 その他
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	
希望医師	<input type="checkbox"/> 希望なし	医師を希望される場合 () 医師
検査・診断内容	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 単純CT (部位:) ※ <input type="checkbox"/> 造影CT (部位:) → Cre() eGFR() ※ <input type="checkbox"/> CAG 検査日() <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> エコー (部位:) <input type="checkbox"/> 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 医療連携室

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