

岐阜ハートセンターセカンドオピニオン外来 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
氏名					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"/> 形成外科・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
相談内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	
診断名または症状	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	
当日の持参資料		

※本紙と共に、診療情報提供書も併せてFAXしてください。なお、相談の可否、相談日時を決定するためお返事には数日かかりますのでご了承ください。

岐阜ハートセンター 地域医療連携室

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