

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	<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H
氏名			<input type="checkbox"/> 女		年 月 日	(歳)	
住所	〒 <input type="checkbox"/> 別紙参照						
電話番号		紹介医療機関	<input type="checkbox"/> 通院中		<input type="checkbox"/> 入院中		

☆依頼内容

受診日	<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	・	<input type="checkbox"/> 午後
		第2希望	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	・	<input type="checkbox"/> 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 ()					
	※ 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	<input type="checkbox"/> 別紙参照					
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。

お手数をお掛けいたしますが、上記太枠内にご記入いただき、地域医療連携室へFAXして下さい。

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

夜間・救急は下記までご連絡下さい。

※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。

代表TEL : 058-277-2277