

# 予約申込書

華岡青洲記念心臓血管クリニック  
 地域連携室 行  
 〒062-0003 札幌市豊平区美園3条5丁目3-1  
 電話 011-350-5850(直通)  
 FAX 011-350-5855

依頼医療機関名:	
住所:	FAX番号:
電話番号:	診療科:
医師名:	

目的にチェック  を入れて下さい  入院予約  外来予約

申込日: 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
紹介患者氏名	男・女	大・昭・平 年 月 日( 歳)
住所		
電話番号	携帯電話番号	

**病名**

## 外 来

患者様への予約日時連絡方法(番号を○で囲む)	1, 電話にて予約済(医療機関へFAXで予約票を返信) 2, 後日、華岡青洲記念心臓血管クリニックから患者様へ連絡 3, 後日、依頼元医療機関から患者様へ連絡 4, その他( )
------------------------	--

受診希望日(※日曜・祝日の受診は予約できません。予約状況によっては希望に添えない場合があります。)  
 (第1希望) 月 日 (第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日

希望医師  無  有 ( 医師)

**【予約希望検査】**

CT 造影 [冠動脈・大動脈・下肢] その他( )  単純( )

エコー (心臓・頸動脈・下肢(動脈・静脈) その他部位( ))

ABI  心電図

レントゲン ( )

その他 検査( )

特記事項等  
 検査データがありましたら 血清クレアチニン値 mg ←3ヶ月以内の検査結果を記載してください  
eGFR 値 ml/min

## 入 院

入院(転院)希望日	入院加療目的
月 日	
入院時間	
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

症状経過等  
 ※貴院様式の【診療情報提供書】を添付