予約申込書・診療情報提供書

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：

医師名：　　診療科：

電話番号：
FAX番号：

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	
患者様への予約日時連絡方法（番号を〇で囲む）	1,　依頼元の医療機関で患者様が返事を待っている。　※お急ぎの場合 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）

主病名

症状経過等
※貴院様式の【診療情報提供書】を添付でも可。

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