

予約申込書・診療情報提供書

申込日: 年 月 日

華岡青洲記念病院

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 011-350-5353

医療機関名

住所

電話番号

FAX

医師名

診療科

目的	入院予約	外来予約
診療科	心臓内科	心臓血管外科

フリガナ		性別	生年月日
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			

※は診療情報提供書に記載ある場合不要

患者様への予約日時 連絡方法	1. 華岡青洲記念病院から患者様へ後日連絡 2. 紹介元医療機関から患者様へ連絡 (院内でお待ちになっている・帰宅済) 3. その他()
-------------------	---

希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
その他()			
希望医師	無	有 ()	医師)

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下さい。

eGFR 値 ml/min ※採血結果添付可

画像データ添付 無 有 (内容:)

症状経過等 ※貴院様式の【診療情報提供書】を添付いただく場合は不要