

(FAX送信票)

提出用

国立循環器病研究センター 専門医療連携室 宛

年 月 日

診療予約依頼書 兼 診療情報提供書

受診希望年月日

年 月 日 (曜日)

都合の悪い日

(日)・(曜日)

診療科

科

※ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

ご住所

医療機関名

医師名

電話

/ FAX

ふりがな		性別		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
氏名		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日 才
住所	(〒 -)		電話	自宅 携帯
診療依頼目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院・転院 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ <input type="checkbox"/> 教育入院			<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心リハ <input type="checkbox"/> その他
病名				
症状経過及び検査結果	* <input type="checkbox"/> 別紙有			
現在の処方	薬剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明)			
当日持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 薬手帳			
当センターの受診希望科				
<input type="checkbox"/> 心臓血管内科 (<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肺循環・成人先天性 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 虚血 <input type="checkbox"/> 大血管末梢血管)				
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科 (<input type="checkbox"/> 後天性 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 小児先天性) <input type="checkbox"/> 小児循環器科 <input type="checkbox"/> 周産期・婦人科				
<input type="checkbox"/> 脳内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 高血圧腎臓科 <input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科 <input type="checkbox"/> 移植				

【送付先】

電話番号：06-6833-5012 (代表) / 06-7637-5050 (連携室直通)

FAX：06-6833-5126 (受付時間：平日 9:00 ~ 20:00)

〒565-8565 大阪府吹田市藤白台 5-7-1 国立循環器病研究センター 専門医療連携室

[医療機関の先生方へ]

※この用紙は、「診療予約依頼書」兼「診療情報提供書 (紹介状)」です。

※原本 (1枚目) は、FAX送信してから患者様にお渡しください。

(FAX送信票)

貴医院控え

国立循環器病研究センター 専門医療連携室 宛

年 月 日

診療予約依頼書 兼 診療情報提供書

受診希望年月日

年 月 日 (曜日)

都合の悪い日

(日)・(曜日)

診療科

科

※ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

ご住所

医療機関名

医師名

電話

/ FAX

ふりがな		性別		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
氏名		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日 才
住所	(〒 -)		電話	自宅 携帯
診療依頼目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院・転院 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ <input type="checkbox"/> 教育入院			<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心リハ <input type="checkbox"/> その他
病名				
症状経過及び検査結果	* <input type="checkbox"/> 別紙有			
現在の処方	薬剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明)			
当日持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 薬手帳			
当センターの受診希望科				
<input type="checkbox"/> 心臓血管内科 (<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肺循環・成人先天性 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 虚血 <input type="checkbox"/> 大血管末梢血管)				
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科 (<input type="checkbox"/> 後天性 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 小児先天性) <input type="checkbox"/> 小児循環器科 <input type="checkbox"/> 周産期・婦人科				
<input type="checkbox"/> 脳内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 高血圧腎臓科 <input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科 <input type="checkbox"/> 移植				

【送付先】

電話番号：06-6833-5012 (代表) / 06-7637-5050 (連携室直通)

FAX：06-6833-5126 (受付時間：平日 9:00 ~ 20:00)

〒565-8565 大阪府吹田市藤白台 5-7-1 国立循環器病研究センター 専門医療連携室

[医療機関の先生方へ]

※この用紙は、「診療予約依頼書」兼「診療情報提供書 (紹介状)」です。

※原本 (1枚目) は、FAX送信してから患者様にお渡しください。