

【循環器ワンタッチ外来】

申込書 兼 診療情報提供書

(宛先)

名市大 西部医療センター 地域医療連携センター
FAX 番号 (052) 856 - 0049

申込医療機関名 _____ 医師名 _____ 先生

TEL _____ FAX _____ 申込日：令和 年 月 日

※ご希望の項目にチェックし、受診希望日をご記入ください。

《検査》 【第1希望日】 【第2希望日】

心エコー検査 _____ / _____ () _____ / _____ ()

*月曜日 16時

*火・木曜日 15時30分・16時

エルゴメーター負荷心電図検査 _____ / _____ / _____

*月曜日 15時・15時30分 (身長： _____ cm 体重： _____ kg)

《初診外来》

*月火水金 9時～11時30分 _____ / _____ () _____ / _____ ()

血圧コントロール相談

冠動脈リスク因子狭心症スクリーニング

動脈硬化チェック

診療情報提供欄 (コメント・ご相談ごとなどがあればお書きください)

フリガナ		明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名：	男	年 月 日
電話番号：	女	
住所：〒 _____		
都道府県	市郡区	
府 県	町 村	
保険種別		
<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢
<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他 ()

《西部医療センターからの予約日時の回答がありましたら、下記に記載し患者様へお渡しください》

きりとり



予約票

西部医療スタッフ名
【 _____ 】

診察券番号 【 _____ 】 予約診療科 【 _____ 】

予約日時 【 月 日 曜日 】 予約時間 【 _____ : _____ 】

【患者様へ】 ◆予約時間 15分前に1階①番地域医療連携窓口にお越しください。

◆キャンセル・変更は患者様本人・ご家族様より地域医療連携センターにご連絡ください。

西部医療センター 地域医療連携センター直通電話 052-991-8145