

【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

患者氏名：

電話番号：

住 所：〒 _____

都 道 市 郡 区
府 県 町 村

保険種別

☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 生保 ☐ 自費 ☐ その他 ()

男

女

明治・大正・昭和・平成・令和

年 月 日

《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

(受付時間 平日 8:45～17:15)