

診療予約依頼書

受診希望年月日

年 月 日 (曜日)

診療科

科

医師

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
F A X

ふりがな		性別	明・大・昭・平
氏名		男・女	生年月日 年 月 日
住所	(〒 -)	電話	自宅 携帯
診療 依頼 目的	・外来受診 ・入院、転院 ・ガンマナイフ ・教育入院等(糖尿病・高血圧・腎不全・心リハ) ・その他		

症状経過及び検査結果

添付資料 心電図 超音波 血液検査 診療情報提供書 その他 ()

当センターの外来診療科

心臓血管内科 (・不整脈 ・肺循環 ・心不全 ・虚血 ・大血管末梢血管)

心臓血管外科 (・後天性 ・血管 ・先天性(小児))

脳血管内科 脳血管外科 腎臓高血圧 動脈硬化代謝内科 小児循環器科 周産期科

差し支えなければ、保険証についてもご記入ください

保険者番号		公費等	
記号・番号		記号・番号	
本人(世帯主)・家族 の別、自己負担割合	本人、世帯主 ()割 ・ 家族、被扶養者 ()割	自己負担割合、 一部負担金等	()割 ・ 円

電話番号：06-6833-5012 (代表) ダイヤルイン：06-6833-5004 内線 2 1 1 8

【送付先】 FAX：06-6833-5126 (受付時間：平日9:00～17:00)

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