

様式 1

紹介患者診療予約申込書

FAX 送信日 令和 年 月 日

千葉県循環器病センター 地域医療連携室 宛

FAX 送り先 0436-50-6503

受付時間 平日 9:00~16:00

ご紹介医療機関名 :	
ご紹介医師 氏名 :	
連絡先: TEL FAX	
循環器病 センター 診療科	1 循環器科 2 心臓血管外科 3 神経内科 4 脳神経外科 5 消化器内科 6 外科 7 小児科 (依頼目的: _____)
診療希望医師名	(希望医師がいる場合に記入) 医師 ※希望されても、ご紹介内容により適切な専門医に割り当てさせていただくことも あります。
予約希望日	第一希望 月 日 (曜日)
予約希望日	第二希望 月 日 (曜日)
紹 介 患 者 情 報	
ふりがな	
氏 名	(男・女)
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日 (満 歳)
住所・電話	〒 TEL ()
循環器病センター での受診	ある (科 年 月頃 ID 番号) なし

千葉県循環器病センター 地域医療連携室

電話 (代表) 0436-88-3111 FAX 0436-50-6503

(当センター取扱番号 号)