

札幌心臓血管クリニック診療申込書

FAX 011-784-8400

施設名			
所在地	〒		
診療科		医師氏名	先生
電話番号		FAX	

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男性	明・大・昭・平	
		女性	年 月 日	
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

診療情報

受診希望日

<傷病名・症状等>

大動脈弁狭窄症

その他()

第1希望 月 日

第2希望 月 日

第3希望 月 日

都合の悪い日

月 日

月 日

月 日

<紹介目的> 診察・入院検査・セカンドオピニオン

<緊急度(2-3日中診察希望)> 有・無

受付後「予約確認書」を返送いたします