

中京こどもハートセンター FAX 紹介受診予約申込書

【 FAX : 052-691-6053 】

平成 年 月 日

施設名
医師名
電 話
F A X

受診者
フリガナ

氏名 _____ 様 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日

住 所 _____ (TEL) _____

※中京病院への受診歴 (あり・なし)

受診希望日： 平成 年 月 日 (曜日)

紹介目的： _____

中京こどもハートセンターの受診希望外来 (下欄に○印をつけてください。)

小児循環器科 一般外来	心臓血管外科 一般外来	胎児心エコー外来 + 産婦人科 妊婦外来	成人先天性心疾患 外来	セカンドオピニオン 外来	アブレーション 外来	プロテクター 外来
----------------	----------------	-------------------------	----------------	-----------------	---------------	--------------

●医師指定がある場合

医師名をご記入ください ※交代制外来・専門外来は指定できません

(_____) 医師

●他科併診希望がある場合

希望科と紹介目的をご記入ください

(_____)

<小児循環器科外来>

	月	火	水	木	金
午前	一般外来	一般外来	一般外来	成人先天性心疾患 (ACHD) 外来	一般外来
午後		胎児心エコー	アブレーション 外来	胎児心エコー	

<心臓血管外科外来>

	月	火	水	木	金
午前	一般外来	一般外来	一般外来	胎児心エコー	一般外来
午後				プロテクター 外来	

1. 紹介受診は受診希望日の前日までにお申し込みください。
2. 折り返し、予約確認票を送付致します。

お申し込み先	独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 地域医療連携・相談室
F A X	: 0 5 2 - 6 9 1 - 6 0 5 3
電 話	: 0 5 2 - 6 9 1 - 7 1 5 1 (内線 1 2 9 9)