

年      月      日

循環器内科 担当医宛て

F A X

\* 医 師 名

*フリガナ	*男・女	*生年 月日	明・大・昭・平・令			
*患者氏名 様			年	月	日	( 歳)

患者住所	
電話番号	

主訴または病名・症状(記載必須ではありません)

\*紹介目的（☒ をお願いいたします）

- ☐ 心電図異常
- ☐ 動悸・胸痛・息切れ等の胸部症状精査
- ☐ 心雑音精査・弁膜症精査
- ☐ 狭心症・不安定狭心症・心筋梗塞疑い
- ☐ 不整脈（）
- ☐ 心不全
- ☐ 心筋症精査
- ☐ 間欠性跛行・閉塞性動脈硬化症・下肢虚血
- ☐ 深部静脈血栓症・肺塞栓症精査
- ☐ その他（）

以下は記載可能であれば是非ご記載ください(記載必須ではありません) 可能であれば採血データ・心電図・お薬手帳等を持参させてください 既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

こちらの紙を患者にお渡しいただき、平日＋土曜日の11:30までに直接受診していただければ循環器内科で診察いたします  
従来通り、病院・クリニックで用意していただいている紹介状を使用していただいても問題ございません  
FAX予約、Web予約も今まで通り受け付けていますので、先生方・患者様の希望に合わせてご紹介下さい