専用ＦＡＸ番号：０２７－２６９－７２８６

心臓血管センター提出用

診療情報提供書（紹介状）

平成　　年　　月　　日

紹介先：群馬県立心臓血管センター

科

（希望）担当医師名

先生

（医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください）

紹介元医療機関名	
所在地	
電話番号	
ＦＡＸ番号	
医師名	

◎受診希望日

第１希望：　　月　　日（　）　第２希望：　　月　　日（　）　第３希望：　　月　　日（　）

※当日のご予約はご希望にお応えできない場合があります。

今回のご依頼は

□ 診察　　□ 入院依頼　　□ 診察と検査

添付資料	なし　　あり	ECG　X-P　CAG　MRI　CT　ホルター　心エコー その他（　　）

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）	男・女
住所	〒　－ ＴＥＬ：　（　）		

傷病名 及び 紹介目的	

症状経過　及び　検査結果　治療経過　現在の処方等