

名古屋血管外科クリニック診療予約申込書

TEL : 052-744-1233 FAX:052-744-1255 受付時間 8 : 45~17 : 00

令和 年 月 日

紹介元医療機関：
医師名：
TEL：
FAX:

※診療内容に関して、問い合わせさせていただきます場合があります。
問い合わせ担当者名

1.診察・手術希望日（予約希望は前日の16時までをお願いします。）

☐ 診察： 月 日（ 火 ・ 金 ）
☐ 手術： 月 日（ ）

↑どちらかにレ点を入れて下さい。

※外来は火曜日、金曜日の午前中のみ。

2.紹介患者情報

下記の患者さんについて診療予約の申し込みをします。

フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成
患者氏名		男 女		年 月 日
自宅番号		昼間の連絡先		
当院受診歴	有（ID: ）・無	透析クール	月水金（ 午前・午後 ）	
受診当日の状況	通院中 ・ 入院中		火木土（ 午前・午後 ）	
最終算定日		K614-4（1）	年 月 日	
（当院以外でPTAをされている患者様は必須）		K614-4（2）	年 月 日	
シャントの情報	（ 右・左 ）（ 自己・人工 ） 手術した日： 年 月 日 手術した病院：			
依頼理由	瘤・V圧上昇・穿刺困難・シャント音低下・閉塞・導入前・感染（ 旧・現 ） その他			

※名古屋血管外科クリニック側記入欄

外来	令和 年 月 日（ ）	受診時間	:
OPE		サイン	
PTA			