

# ご紹介フォーム

平成 年 月 日

貴院名

〒101-0062東京都千代田区神田駿河台2-1-4  
ヒルクレスト御茶ノ水5階  
お茶の水血管外科クリニック 行  
TEL.03-5281-4103 FAX.03-5281-4102

医療機関名  
所在地  
電話番号  
ファックス  
医師名

患者様 氏名	様	明・大 昭・平	年	月	日生	男 女
-----------	---	------------	---	---	----	--------

## 【紹介目的・傷病名・既往歴・家族歴】

-----  
-----  
-----

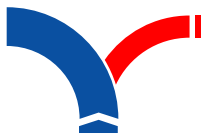
## 【主訴・現病歴・検査所見・治療経過】

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## 【現在の処方】

-----  
-----  
-----

ご紹介ありがとうございました。



## クリニックのご案内



**[ご予約と来院]** 診察までの待ち時間を少なくするため、お電話でのご予約をおすすめしています。  
ご予約時間の10分前には受付を済ませてください。

**[診療時間]**

平日: 午前9時～午後1時 / 午後3時～6時  
土曜日: 午前9時～午後1時 / 午後2時～4時

**[受付時間]**

平日: 午前9時～午後6時  
土曜日: 午前9時～午後4時

**[休診日]**

日・祝日

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-1-4 ヒルクレスト御茶ノ水5階

みろ よいあし

0120-36-4184

<http://www.kekkangeka.com>