

ご紹介フォーム

年 月 日

貴 院 名

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台4-1-1
ウエルトンビル6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

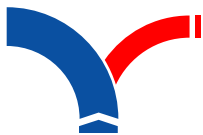
患者様 氏 名	様	明・大 昭・平	年	月	日生	男 女
------------	---	------------	---	---	----	--------

【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



※当院の駐車場はございません。

[ご予約と来院]

お電話でのご予約をお願いいたします。
ご予約時間の10分前には受付を済ませてください。

[受付・診療時間]

平日：午前9時～午後5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4-1-1
ウエルトンビル6階

みろ よいあし
☎ 0120-36-4184
03-5281-4103
<https://www.kekkangeka.com>

