

# 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】

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

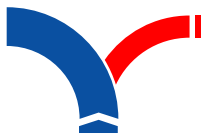
## 【主訴・現病歴・検査所見・治療経過】

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

## 【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



※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2-1-4

ヒルクレスト御茶ノ水5階

みろ よいあし  
☎ 0120-36-4184

03-5281-4103

<https://www.kekkangeka.com>

