

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

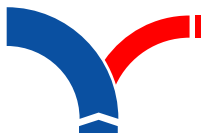
患者様 氏名	様	明・大 昭・平	年	月	日生	男 女
-----------	---	------------	---	---	----	--------

【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]	[受付時間]	[休診日]
平日: 午前9時～午後1時 / 午後3時～6時	平日: 午前9時～午後6時	日・祝日
土曜日: 午前9時～午後1時 / 午後2時～4時	土曜日: 午前9時～午後4時	

〒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>