

高槻病院 地域医療連携 行 【FAX:072-681-3831】

□心臓病カテーテルアブレーション共同治療プログラム申込書

| | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 施設名 | |
| 所属 | |
| 申込医氏名 | |
| 申込医氏名（ふりがな） | |
| 連絡先電話番号 | |
| Eメールアドレス ※半角文字でご記入下さい | |
| 患者さま氏名 | |
| 患者さま氏名（ふりがな） | |
| 患者さま年齢 | |
| 患者さま性別 | 男（ ） ・ 女（ ） ※いずれかに○ |
| 診断名 ※簡潔にお願いします | |
| 希望日 | 年 月 日 |
| 患者資料（CD-R）送付予定日 | 年 月 日 |
| その他、補足事項や不明事項などはありましたら、こちらへご記入ください | |