

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	