

FAX 送付状

送付日： 年 月 日

送付枚数： 枚(送付状含む)

送付先：

江戸川病院 地域連携室

TEL: 0120-518120

FAX: 03-3657-0758

発信元：貴施設情報をご記入ください。

TEL: _____

FAX: _____

件名：心電図FAX診断

患者情報

年齢： 才

性別：男性・女性

コメント
(現在の症状を
ご記入下さい)

以上ご記入いただき、心電図と一緒にFAXお願いします。

当院循環器内科からのお返事

心電図診断

コメント

(異常なし・経過観察・近日中ご受診・緊急受診)