

FAX 用紙 (FAX 番号 03-3636-2304)

| | |
|-------|---------|
| 患者様氏名 | |
| 年齢(性) | 才 (男・女) |

| | |
|-------------------|------------|
| 御依頼内容 (○印をお付け下さい) | |
| | シャント PTA |
| | シャント手術 |
| | シャントエコー |
| | ASO の診察・治療 |
| | 糖尿病性足病変の治療 |
| | |

| | |
|-----------|--|
| 御芳名 | |
| 貴施設名 | |
| TEL・FAX | |
| その他のご希望など | |