

---

---

# FAX 送付状

---

---

送付日 年 月 日

【送付先】  
社会医療法人仁愛会 浦添総合病院  
循環器内科

TEL : 098-878-0231  
FAX : 098-875-3291

【送付元】  
貴施設情報をご記入ください。

担当医
(TEL)
(FAX)

---

---

【件名】 心電図 FAX 相談

心電図を FAX される方は、上記をご記入いただき、下記に簡単な患者様情報等を記入し、心電図とともに FAX してください。

『患者様情報』

年齢： 才 性別： 男 ・ 女

『主訴』

『その他コメント』

以上

---

---