

FAX・WEB 予約用 紹介受診者票

年 月 日

宛先 FAX 022-293-0709

仙台医療センター紹介予約センター 行

〒 983-8520 仙台市宮城野区宮城野2-11-12 TEL 022-293-0703

※夜間(17:15～)と土日祝日は連携室担当者不在です。休み明けのお返事となりますのでご了承ください。

※緊急時:平日日中293-1111(代表)に、夜間(17:15～)と土日祝日293-1119(時間外受付)へお電話下さい。

※産科は《産科専用》FAX紹介受診者票でお申し込み下さい。

※WEB予約の申込の場合、予約票の返信は有りません。

▼発信元情報▼

医療機関名:	紹介状記載医師名:
電話番号:	FAX:

▼患者情報▼

フリガナ	生年月日: M・T・S・H・R	年	月	日(歳)
お名前	様(男・女) 電話番号:	携帯番号:		
住所 〒 -				
当院受診歴: 無・有 (旧姓)	来院方法: 諸車・徒歩・ストレッチャー・車イス			

▼診療科および依頼内容▼ 当該科の新患日、休診日をご確認下さい。

一般・WEB ←どちらかに○をお願い致します。(R8/2月現在WEB予約は脳神経外科・外科のみとなっております。)

◇ 脳神経外科 ◇ 外科 ◇ 総合診療科 ◇ 内分泌・代謝内科 ◇ 血液内科 ◇ 脳神経内科 ◇ 呼吸器内科 ◇ 消化器内科
 ◇ 循環器内科 ◇ 小児科 ◇ 小児外科 ◇ 乳腺外科 ◇ 形成外科 ◇ 呼吸器外科 ◇ 心臓血管外科 ◇ 皮膚科
 ◇ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ◇ 歯科口腔外科 ◇ 泌尿器科 ◇ 眼科
 ◇ 婦人科・一般 ◇ 婦人科・緊急時対応 (分娩予定日 月 日)

※確認が必要な科(お返事に時間が掛かることがあります。)

◇ 腎臓内科 ◇ 感染症内科 ◇ 腫瘍内科 ◇ 緩和ケア内科 ◇ 放射線科(治療) ◇ 整形外科 ◇ 精神科

既に電話等で相談済み (医師名:) (月 日)
 希望担当医: 有 (医師名:) 無

希望予約日: 第1希望 月 日、第2希望 月 日、第3希望 月 日

※希望日がない場合又は希望日で予約が取れない場合は、最短日で予約をお取りします。
 都合が悪い時は連携室までご連絡下さい(患者様からでも可) ⇒ 022-293-0703

傷病名(主訴)	
紹介目的	精査・治療・手術(適応可否含む)・その他
経過概要 その他連絡事項等	※診療情報提供書を添付頂ける場合は記入不要です (診療情報提供書(原本)は患者様にお渡し下さい)

※ 下記は記入しないでください。

ID番号	受診実績 無・有 (年 月頃 科)
------	--------------------

(R8.2月 更新)