

FAX 予約用 紹介受診者票
【胃がんホットライン(疑い含む)】

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:080-4465-3770

※夜間(17:15~)、土日祝は連携室担当者不在のため、休日明けのお返事となりますのでご了承ください。

※緊急の場合、平日日中の時間帯はTEL 022-293-1111におかけ下さい。

平日 17:15以降・土日祝はTEL022-293-1119

▼発信元情報▼

医療機関名:	御担当医名: (紹介状記載医師名をご記入下さい)
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			

▼胃がん診察希望日▼

胃がん診察 (疑い含む)	診察日は、原則 火曜・水曜です。 他はご相談ください。	第一希望日 月 日	第二希望日 月 日	第三希望日 月 日
-----------------	-----------------------------------	--------------	--------------	--------------

※胃がん診察(疑い含む)のお申込みは希望日をご記入下さい。予約票を返信させていただきます。

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	診療情報提供書のFAXをいただく場合は記入不要です。

※ 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)
------	------	-----	-----------

(R3.10月 更新)