

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 TEL090-9133-9387

※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 | お申込みの際に診療情報提供書を添付頂ける場合は記入不要です。(原本は患者様にお渡しく下さい) |

※ 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) |
|------|--------------------|

(R4.6月 更新)