

FAX 予約用 紹介受診者票  
【IBD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:090-9133-9387

※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

▼IBD診察希望日▼

IBD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
-----------------	-----------------------------------	--------------	--------------	--------------

※IBD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・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)
------	--------------------

(R4.6月 作成)