**FAX予約用　紹介受診者票** 　　　平成　 　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2-8-8　 TEL022-293-0703

※夜間（17：15～）、土日祝日は連携室担当者不在のため、翌日または休日明けのお返事となりますのでご了承下さい。

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

**平日17:15以降・土日祝日はTEL 022-293-1119 におかけください。**

※産科は《産科専用》FAX紹介受診者票でお申し込みください。

**▼発信元情報▼**

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　御担当医名：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　FAX：

▼**患者情報**▼

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　M T S H　 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。

□総合診療科　□内分泌･代謝内科　　□血液内科 　□神経内科　□呼吸器内科 □消化器内科　□循環器内科

□小児科（注）　□外科　 □乳腺外科 □整形外科　□形成外科　□呼吸器外科 □心臓血管外科 □小児外科

□脳神経外科・脳血管障害　　□脳外科・腫瘍/外傷 　　□脳外科・脊椎/脊髄/髄液減少症　　□泌尿器科　 　　□皮膚科 　□婦人科　　□眼科　 □耳鼻咽喉科・頭頸部外科 　□歯科口腔外科 　□放射線科（治療）

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

診察日： 　□未　　　□既に電話等で決定済み（　　　月　　　　日　）

**傷病名（主訴）**

**紹介目的**精査　　　・　　治療　　・　　手術（適応可否含む）　　・　　その他

　　　　　　　　　　　　　診療情報提供書のFAXをいただく場合は記入不要です・

**経過概要**

**その他連絡事項等**

（注）脳外科へご紹介の患者さんからのお電話はFAX受付の翌日以降にお願いしています。

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）