

# FAX 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 TEL022-293-0703

※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

※産科は《産科専用》FAX紹介受診者票でお申し込み下さい。

▼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				

▼診療科および依頼内容▼当該科の新患日、休診日をご確認ください。

<input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科・脳血管障害(注) <input type="checkbox"/> 脳外科・腫瘍/外傷 <input type="checkbox"/> 脳外科・脊椎/脊髄/髄液減少症 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線科(治療) <input type="checkbox"/> 精神科	
希望担当医:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 既に電話等で相談済み (医師名: )
診察日 :	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 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
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)
------	------	-------	---	----	----

(R2.8月 更新)