

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。

<p>◇ 総合診療科 ◇ 内分泌・代謝内科 ◇ 腎臓内科 ◇ 血液内科 ◇ 脳神経内科 ◇ 呼吸器内科 ◇ 消化器内科 ◇ 泌尿器科</p> <p>◇ 循環器内科 ◇ 小児科 ◇ 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 ◇ 感染症内科</p> <p>◇ 小児外科 ◇ 脳神経外科・脳血管障害(注) ◇ 脳外科・腫瘍/外傷 ◇ 脳外科・脊椎/脊髄/髄液減少症 ◇ 眼科 ◇ 腫瘍内科</p> <p>◇ 婦人科 ◇ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ◇ 皮膚科 ◇ 歯科口腔外科 ◇ 放射線科(治療) ◇ 精神科</p>	
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	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)
------	------------	---	----	----

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	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)

産科専用 FAX紹介受診者票 (兼 診療情報提供書)

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～) 土日祝日は連携室担当者不在の為、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 平日の日中の時間帯は、 TEL 022-293-1111にお掛けください。
 平日17:15以降.土日祝日は TEL 022-293-1119にお掛けください。

▼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番号：

▼患者情報▼

フリガナ	生年月日：S.H. 年 月 日 (歳)
お名前	外国人の方(国籍：)
住所 〒	
	電話番号： 携帯番号：
当院受診歴：	無 有 (旧姓)

▼依頼内容▼

週数(最終月経)	妊娠 週(最終月経 年 月 日) ※申込時7週以降
分娩予定日	年 月 日(<input type="checkbox"/> 最終月経より <input type="checkbox"/> CRLより <input type="checkbox"/> その他)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 分娩予約 <input type="checkbox"/> 緊急時対応(婦人科で対応) <input type="checkbox"/> その他()
経過概要 その他連絡事項等	胎動心拍確認日 年 月 日(CRL mm) ※申込時CRL10mm以上 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(経膈分娩 回、帝王切開 回) 婦人科的合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 他科合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 既往出産時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () その他連絡事項：
※必ず記載をお願いします。	※以下の事項につきご確認ください。 <input type="checkbox"/> 里帰りや転居の予定はありません。 <input type="checkbox"/> 緊急時に当院へ来院可能な地域に住んでいます。 <input type="checkbox"/> 他の分娩施設を予約していません ※外国人の方について 日本語を話せますか。 <input type="checkbox"/> 話せます <input type="checkbox"/> 話せません ⇒ 一緒に通院できる通訳の方 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 出産までに帰国はしません。

診療情報提供書として本状を使用される場合、追加情報がございましたら別紙にて本状に添付をお願いします。

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)
-------	--------------------