

# 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

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・

(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)