



仙台市立病院 FAX 予約申込書

<送信先>

FAX 番号 022-308-9921

医療連携室直通 TEL 022-308-9920

(予約受付時間 月～金 9:00～17:00)

※お申し込みは、受診希望日の前日(前診療日)1600
までにお願いたします。

※予約申込後、15分程度で予約票を返信いたします。

※救急の場合は022-308-7111(代)にお電話いただき、
「救命救急センター外来へ」とお伝えください。

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

診療科名

《患者さん情報》

い り が な			M・T・S・H	
氏 名	様 男・女	生年 月 日	年 月 日生 () 才	
	(旧姓)			
住 所	〒 -			
連 絡 先	電話 - -	来院時の状態	歩行可・車いす・ストレッチャー	
	携帯 - -	当院受診時に入院中ですか	はい・いいえ	
市立病院受診歴	無・有(いつ頃 科に)・不明			

《受診希望内容》

受診希望診療科	<input type="checkbox"/> 内 科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 神経内科
	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 外 科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
	<input type="checkbox"/> 眼 科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 口腔外科
受診希望日	無・有	第一希望	第二希望	第三希望	
		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	
希望医師	無・有 ()				
傷病名(主訴) 紹介目的・連絡事項 ※必ずご記入ください					

※患者さんが当院を受診する際に、診療情報提供書を持参するようお願いいたします。

市立病院記入欄

医師	・外来担当医
予約日 / () :	

ID	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
新患・科新患・再来/最終受診歴	年	月	日		



仙台市立病院 FAX 心電図読影申込書

FAX番号 022-308-9921 (読影受付時間 月～金 9:00～17:00)

医療連携室直通 TEL: 022-308-9920

心電図読影申込書と心電図をFAXにてご送信ください。



循環器内科部長または不整脈担当医師が心電図を読影し、
直接折り返しお電話にてご連絡いたします。

※ 当日または翌日までに、ご連絡いたします。

※ お急ぎの場合は、医療連携室までご一報ください。

【送信元医療機関】

医療機関名	
医師名	
TEL	
連絡事項	患者さんの情報に関しましては、当院からの折り返しの電話の際にお伺いいたします。

心電図読影受付時間外のご相談について

※ 平日 17:00～22:00 まで循環器内科医師が常駐しております。

※ 緊急のご依頼や診療のご相談に対応いたします。

当院代表番号 022-308-7111 にお電話をいただき「救命救急センター外来へ」とお伝えください。センター外来看護師につながりましたら、循環器内科医師とご指名ください。