



# 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) **16:00まで** をお願いいたします。

※予約申込受付け後、予約票を返信いたしますので、患者さまにお渡しください。

※**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》

ふりがな			M・T・S・H・R	
氏名	様 男・女	生年月日	年 月 日生 ( ) 才	
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"/> 脳神経内科 <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"/> 産婦人科 <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 <input type="checkbox"/> 麻酔科			
受診希望日	無・有 <input type="checkbox"/> 翌日受診可	第一希望 月 日 ( )	第二希望 月 日 ( )	第三希望 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				

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					

※この予約申込書は、翌日以降の受診予約申込みの際にご利用ください。



## 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。