

外来診療予約申込書(FAX予約)

【送信先】 仙台市立病院 医療連携室
〒982-8502 仙台市太白区あすと長町1-1-1
TEL:022-308-9920(直通)

【送信元】

医療機関名

所在地 :

電話番号 :

FAX番号 :

診療科名

医師名 :

FAX:022-308-9921(直通)

予約受付時間 9:00~16:30 (月~金)※祝日除く

※受付時間外の予約申込については、翌診療日の対応となります。

※この予約申込書は、翌日以降の外来受診予約申込みの際に、ご利用ください。

※この申込用紙で、セカンドオピニオンの予約はできません。
医療連携室にお問い合わせください。

(連絡担当者:)

【患者情報】

フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
氏名	(旧姓:)	様	男・女	年	月	日生	(歳)
住所	〒							
連絡先	電話	—	—	来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	携帯	—	—	受診時入院中ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (科)	<input type="checkbox"/> 不明			

【受診希望診療科等】

- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科(一般) | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 |
| <input type="checkbox"/> 血液内科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 |
| | | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | |

希望医師

当院医師への事前連絡

 無 有 (医師) 無 有 (医師に連絡済)
受診希望日 無 有 翌日受診可能

第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 () 第三希望 月 日 ()

【傷病名(主訴)・紹介目的】 ※必ずご記入ください。

紹介患者さんの継続的な診療情報の提供について 希望します / 希望しません※の記載が無い場合は、「希望します」と取り扱わせていただきますのでご了承願います。

※当日受診、分娩予約・画像検査の予約は代表番号におかけ
いただき、下記担当へご相談ください。

《代表電話》022-308-7111

- ・当日受診 → 「診療科外来」
- ・分娩予約 → 「分娩予約担当」
- ・画像検査 → 「放射線科」

※救急患者さんについては、この申込書を使用せず、上記代表番号から
「救命救急センター」にお電話ください。

仙台市立病院 記載欄						
ID						
新患・科新患・再来(年	月	日)			
医師						外来担当医
予約日	/	()	:			