

診療情報提供書 送信連絡票

【送信元】

医療機関名：

所在地：

電話番号：

FAX番号：

医師名：

(連絡担当者：)

【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)

FAX:022-308-9921(直通)

予約受付時間 9:00~17:00 (月~金)※祝日除く

※受付時間外の受信分については、翌診療日の対応となります。

患者カナ氏名

診療情報提供書に、患者カナ氏名の記載がない場合は、左欄にご記載ください。

【送信理由】 下記のいずれかにレ点をご記入の上、診療情報提供書とともに、FAX送信してください。

 外来診療予約のお申込み

※診療情報提供書（紹介状）を添付せずに外来診療予約をする際は、こちらの用紙ではなく、外来診療予約申込書（FAX予約）をご利用ください。

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
受診希望日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 翌日受診可能
	第一希望 月 日 ()
	第二希望 月 日 ()
	第三希望 月 日 ()
紹介患者さんの待ち状況	<input type="checkbox"/> 貴院にて予約票待ち <input type="checkbox"/> 後日予約票お渡し
画像データの持参	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

 紹介予約コールセンターを利用する患者の事前診療情報の提供画像データの持参 有 無 その他 診療情報の提供依頼・回答 当院への転院相談 予約済み患者の事前診療情報提供 その他

【連絡事項】

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ください。