

送信日: 年 月 日

診療情報提供書 送信連絡票

【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 9:00~17:00 (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。

(連絡担当者:)

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

 FAXでの外来診療予約のお申込み

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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <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

 紹介予約コールセンターでご予約になる患者さんの事前診療情報提供 診療情報の提供 依頼・回答 当院への転院のご相談

【連絡事項】