

診療情報提供書 兼 受診予約申込書

送信日:平成 年 月 日

仙台徳洲会病院
地域連携室 行

〒981-3131 仙台市泉区七北田字駕籠沢15
FAX : 022-373-5781

紹介元医療機関
名称及び所在地

医師氏名

印

ふりがな		住所	
患者様氏名	男 女		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話	(携帯)
当院受診歴	有 (年 月 頃	科)	無

※当院受診歴は分かりましたらご記入お願い致します。

※該当する項目に□をつけて下さい。

依頼科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科(ハートセンター) <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他		
受診希望日	第一希望	年 月 日	医師名 (希望があれば)
	第二希望	年 月 日	

【傷病名】

【お願い】

- ◆受診の際は、「健康保険証」「高齢・老人医療受給者証」「診療情報提供書」「受診予約票」「診察券」をお持ち頂きますようお願い致します。
- ◆予約受付時間 月～金 午前8時45分～午後4時30分
土 午前8時45分～12時00分
- ※受付時間外については、原則として翌日に返信させていただきます。
- ◆緊急を要する患者様で、夜間、日曜日、祭日等の場合は医事課までご連絡下さい。

仙台徳洲会病院 地域医療連携室

地域医療連携室 TEL : 022-372-1135 (直通) 医事課 TEL : 022-372-1110 (代表)