

受診予約申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

仙台徳洲会病院 地域連携室 行
 〒981-3116
 仙台市泉区高玉町9-8
 TEL. 022-771-5134
 FAX. 022-771-5135

紹介元医療機関
 所在地
 TEL / FAX
 医師氏名

【患者情報】

2022.4版

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	様 (男・女)		(才)
住所	〒		
電話		当院受診歴	無 ・ 有

診療科		担当医希望	無 ・ 有 ()	
受診希望日	無 ・ 有	第一希望	第二希望	第三希望
		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()

【傷病名】

現病歴及び所見等 別紙診療情報提供書あり

2022.4版

仙台徳洲会病院 地域連携室

平日 8:30 ~ 17:00 土曜日 8:30 ~ 12:00