

仙台赤十字病院 受診予約申込用紙

送信日：令和 年 月 日

仙台赤十字病院 地域医療連携室 宛

FAX番号：022-243-4718（直通）

〒982-8501 住所：仙台市太白区八木山本町2丁目43-3 電話：022-243-1111（代表）

地域医療連携室 直通電話 022-243-1105

※申込は、受診希望日の前日16：30までをお願いします。

※受付時間は、平日8：30～16：30です。時間外・土日祝日は担当者不在のため、翌診療日に回答致します。

※お急ぎの場合は、この用紙を利用せず、ご希望の診療科に病院代表電話を通じて直接お電話願います。

※放射線科の画像診断（MRI・CT）骨密度の予約は、病院代表電話を通じて直接放射線科へお電話願います。

【紹介元情報】

当院記入欄【ID

- ｝

医療機関名			
御担当医名		診療科名	
電話	() -	FAX	() -

【患者情報】

当院記入欄：短縮番号()

フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
氏名 (旧姓：)		生年月日		年 月 日(歳 カ月)
住所	〒 -			
電話	() -	携帯電話	() -	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(科)	来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

【診察希望内容】

希望診療科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科(口股 口膝 口足 口骨代謝 口スポーツ) <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 新生児科(NICU) <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> アレルギー外来		
希望診療日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 翌日受診可 第1希望日(月 日) 第2希望日(月 日)		
傷病名		紹介目的	
連絡事項 (症状、等)	*傷病名以外に特記事項やご希望等がある場合のみご記入ください。 *診療情報提供書のFAXをいただく場合は記入不要です		
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 後日郵送(連携室宛をお願いします) <input type="checkbox"/> 患者持参	※FAXいただいた場合も、原本はご提出願います。	

当院記入欄〈予約日〉 / () : 医師