

仙台赤十字病院 医科 受診予約申込用紙

送信日：令和 年 月 日

【送信先】仙台赤十字病院 地域医療連携室

〒982-8501 住所：仙台市太白区八木山本町 2 丁目 43-3

FAX：022-243-4718（直通）

TEL：022-243-1105（直通）

022-243-1111（病院代表）

*予約受付時間：8：30 ～ 16：30（月～金）※祝日除く

【当院記入欄】〈予約日〉

____/____(____)

____：____ 医師

※救急患者さんの場合は、この用紙を利用せず地域連携室または病院代表電話へ直接お電話願います。

※放射線科の予約は、022-243-1111（病院代表）より放射線科まで直接お電話願います。

【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		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
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	☐ 無 ☐ 有(科)	来院時の状態	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	

【診察希望科等】

希望診療科	☐ 腎臓内科 ☐ 呼吸器内科（ ☐ 禁煙外来） ☐ 循環器内科 ☐ 糖尿病代謝科 ☐ 外科 ☐ 産婦人科 ☐ 新生児科（NICU） ☐ 小児科 ☐ 小児外科 ☐ 整形外科（ ☐ 股 ☐ 膝 ☐ 小児股） ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ もの忘れ外来（精神科） ☐ アレルギー外来 ☐ 骨代謝 ※歯科口腔外科は専用用紙有
希望診療日	☐ 無 ☐ 有→ ☐ 翌日受診可 希望日①(月 日) ②(月 日) ③(月 日)

【紹介目的】

傷病名		紹介目的	
連絡事項 *特記事項、 ご希望等を ご記入ください。	*FAX いただいた場合も、原本はご提出願います		
診療情報提供書	☐ 後日郵送（連携室宛にお願いします） ☐ 患者持参		FAX 時点で患者さんは ☐ 待っている ☐ 帰宅済