

JR仙台病院患者ID

【FAX連絡票】

022-380-2345 (地域医療連携室)

JR仙台病院 受診申込書

平成 年 月 日

紹介元 医療機関名 _____

医師名 _____

住 所 〒 _____

T E L _____ F A X _____

診療科	科 (専門外来 外来)	
診察予定日時	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時 分
専門外来 <input type="radio"/> 内科[<input type="checkbox"/> 甲状腺外来・ <input type="checkbox"/> 呼吸器外来] <input type="radio"/> 外科[<input type="checkbox"/> 乳腺外来]		
傷病名(主訴)・紹介目的		
患者様	フリガナ	性別 JR仙台病院受診歴 1有 2無
	氏名	男 女 生年月日 大 年 月 日 歳 昭・平
	住所	〒 - TEL - -
来院時の方法 (□にチェックしてください)		<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車イス

主保険	保険者番号						記号 番号						1本人 2家族
公費等①	負担者番号						受給者番号						本人負担 割 (円)
公費等②	負担者番号						受給者番号						本人負担 割 (円)

※ 保険証等のコピーをFAXしていただいてもかまいません。

備考欄 (ご希望の医師がいる場合や患者さまに対し注意すべき連絡事項などをご記入ください。)