

JR仙台病院患者ID

## 【FAX連絡票】

022-380-2345 (医事課「検査・診療 受付」)

## JR仙台病院 受診申込書

西暦 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	西暦 年 月 日 ( )	午前・午後 時
専門外来 ◎内科[ <input type="checkbox"/> 甲状腺外来・ <input type="checkbox"/> 呼吸器外来 ] ◎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・昭 平・令 年 月 日 歳
	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。)

JR仙台病院 医事課「検査・診療 受付」 TEL 022-380-2317