

JR仙台病院患者ID

【FAX連絡票】

「検査・診療 受付」 FAX: 022-380-2345

TEL: 022-380-2317

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 〒 _____

TEL _____ FAX _____

診療科		科 (希望医師)			
診療予定日時		西暦 年 月 日 () 午前 時 分			
傷病名(主訴)・紹介目的 <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書あり					
患者情報	フリガナ		性別	JR仙台病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名		生年月日	西暦 年 月 日	歳
	TEL	① _____	② _____		
来院時の方法		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車イス			

備考欄 (希望受診日、連絡事項などをご記入ください)

JR仙台病院「検査・診療 受付」