

送信日 年 月 日

JR仙台病院 受診申込書

【送信先】

JR仙台病院 地域医療連携室 検査・診療受付
〒980-0022 宮城県仙台市青葉区五橋1丁目1-5
TEL: 022-380-2317(直通)

FAX: 022-380-2345(直通)

予約受付時間: 9:00~17:00(平日)※祝日除く

上記時間外の申込につきましては翌診療日の対応となります。

緊急時は代表番号(022-266-9671)へお電話ください。

■送信元情報

医療機関名	診療科名
電話番号	医師名
FAX番号	(連絡担当者)

■患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	西暦 年 月 日(歳)
電話番号	— —	携帯番号	— —
当院受診歴	なし ・ あり (科)	来院方法	歩行 車イス ストレッチャー

■受診希望診療科等 ※当該診療科の新患日・休診日をご確認ください。

受診する診療科に○をつけてください。

☐	診療科	☐	診療科	☐	診療科	☐	診療科
	循環器内科		腫瘍内科		眼科		◆精神・神経科
	消化器内科		外科・血管診療センター		◆皮膚科		耳鼻いんこう科
	◆内科		◆整形外科		泌尿器科		婦人科

◆……確認が必要な診療科(お返事に時間がかかります)

☐

…… 診療情報提供書のFAXが必要な診療科

★小児科は医療機関から予約申込できません。患者さん(ご家族様)ご自身からの診療予約をお願いします。

代表番号(022-266-9671)へお電話いただくようお願いください。

希望担当医	☐ なし	☐ あり	(医師名:)
電話で相談済	☐	医師名:	年 月 日
希望予約日・ご都合の悪い日 ※ない場合は最短日で予約をおとりします。			
傷病名(主訴)・紹介目的 ※診療情報提供書をFAXいただける場合は記入不要です。			
その他連絡事項			

以下、当院記入

◆当院ID:

◆予約日:

西暦	年	月	日()	時	分	医師
----	---	---	------	---	---	----