

# JR仙台病院 受診申込書

※こちらの申込書と「診療情報提供書」を一緒にFAXください

【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	不明・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○で囲ってください。

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

◆……確認が必要な診療科(お返事に時間がかかります)

★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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(医師名: )
電話で相談済	<input type="checkbox"/>	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。			
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
----	---	---	------	---	---	----