（紹介医→地域医療連携室）

**仙台赤十字病院 受診予約申込用紙**

送信日：令和     年     月     日

**仙台赤十字病院　地域医療連携室　宛**

**ＦＡＸ番号：０２２－２４３－４７１８（直通）**

**〒982-8501　住所：仙台市太白区八木山本町2丁目43-3　　　電話：022-243-1111（代表）**

**地域医療連携室　直通電話　022－243-1105**

**※申込は、受診希望日の前日１６：３０までにお願いします。**

**※受付時間は、平日８：３０～１６：３０　です。時間外・土日祝日は担当者不在のため、翌診療日に回答致します。**

**※お急ぎの場合は、この用紙を利用せず、ご希望の診療科に病院代表電話を通じて直接お電話願います。**

**※放射線科の画像診断（MRI・CT）骨密度の予約は、病院代表電話を通じて直接放射線科へお電話願います。**

**【紹介元情報】　　　　　　　　　　　　　　　　　当院記入欄【ID　　　　　　　　　-　　　】**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 御担当医名 |  | 診療科名 |  |
| 電話 | （     ）     －      | ＦＡＸ | （     ）     －      |

**【患者情報】　　　　　　　　　　　　　　　　 当院記入欄：短縮番号（　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | [ ] 明　[ ] 大　[ ] 昭　[ ] 平　[ ] 令 |
| 氏 名(旧姓：　　　) |  | 　 | 年     月     日(     歳     ヵ月) |
| 住 所 | 〒     －      |
|  |
| 電 話 | （     ）     －      | 携帯電話 | （     ）     －      |
| 当院受診歴 | [ ] 無　[ ] 有（　　　　　　　　科） | 来院時の状態 | [ ] 歩行　[ ] 車椅子　[ ] ストレッチャー |

**【診察希望内容】**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望診療科 | [ ] 腎臓内科　[ ] 血液内科　[ ] 呼吸器内科　[ ] 禁煙外来　[ ] 消化器内科　[ ] 循環器内科 　　　　　　[ ] 整形外科（[ ] 股　[ ] 膝　[ ] 足　[ ] 骨代謝　□スポーツ）　□糖尿病代謝科[ ] 脳神経内科 　[ ] 外　科 　[ ] 産婦人科　[ ] 小児科　[ ] 新生児科（ＮＩＣＵ）　[ ] 小児外科 　　 　[ ] 泌尿器科 　[ ] 耳鼻咽喉科　[ ] 皮膚科　[ ] 歯科口腔外科　[ ] アレルギー外来 |
| 希望診療日 | [ ] 有　[ ] 無 | □翌日受診可第１希望日（     月     日）　　第２希望日（     月     日） |
| **傷病名** |  | **紹介目的** |  |
| 連絡事項（症状、等） | ＊傷病名以外に特記事項やご希望等がある場合のみご記入ください。 |
| ＊診療情報提供書のFAXをいただく場合は記入不要です |
| 診療情報提供書 | [ ] 後日郵送（連携室宛にお願いします）[ ] 患者持参 | ※FAXいただいた場合も、原本はご提出願います. |

**当院記入欄〈予約日〉　　　　　/　　　（　　）　：　　　　　　医師**