



患者紹介用紙（紹介医→地域医療連携室）

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構仙台西多賀病院 地域医療連携室 宛

〒982-8555 仙台市太白区鉤取本町2丁目11番11号

TEL 022-245-1810

【FAX番号 022-245-1811】

受付時間 平日 9:00~17:00

※時間外、土日祝日は担当者不在のため、翌診療日に回答いたします。

【紹介元情報】

医療機関コード			
医療機関名			
御担当医名		診療科名	科
住所	〒 -		
TEL		FAX	

【患者情報】 *当院受診歴 有 無 *入院中の受診
 *患者様は現在貴院でお待ちになっている いる いない

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 (歳)
お名前	様(男・女)		年 月 日
住所	〒		
電話番号		携帯電話番号	

【診療希望内容】

希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> リウマチ内科 <input type="checkbox"/> 整形外科（ <input type="checkbox"/> せぼね <input type="checkbox"/> 側弯症 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> リウマチ） <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング <input type="checkbox"/> もの忘れ外来 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望（ <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 整形外科） ※1
希望担当医	無・有（医師名： _____）
診療希望日	無・有 第1希望（ _____ 月 _____ 日） 第2希望（ _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 電話にて患者様から予約の連絡が入る *事前に患者紹介用紙をFAX願います （電話受付時間：平日13時30分～16時30分）
連絡事項 （症状等）	<input type="checkbox"/> ペースメーカー埋め込みあり ※診療情報提供書等のFAXを頂く場合は記載不要です
備考	<input type="checkbox"/> 詳細地図添付希望

※1 セカンドオピニオン外来では新たな検査や治療は行わず、費用は全額自費となります。

※2 こちらの用紙はFAX専用の患者紹介用紙です。

当日は、紹介状（診療情報提供書）をご持参いただきますようお願いいたします。

※3 予約の空き状況等を確認したい場合は、お気軽にお問い合わせください。