

送信日:令和 年 月 日

JCHO仙台病院 診療予約申込書

《送信先》連携室直通

FAX 022-275-5213

TEL 022-275-3195

受付時間 平日8:30~17:00

※受付時間外のお申込みについては
翌診療日の対応となります。

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

診療科

※お急ぎの場合は病院代表(022-275-3111)を通じてご希望の診療科に直接お電話願います

患者氏名	(フリガナ)	男 女	生年月日	T S H R	年 月 日 ()歳
	様				
住 所	〒 -				
連 絡 先	電話 - -	透析: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土			
	携帯 - -	来院時の状態: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
希望診療科	<input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病科 <input type="checkbox"/> 一般外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 移植外科 <input type="checkbox"/> 創傷ケアセンター <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科・口腔外科 <input type="checkbox"/> 腰痛・仙腸関節センター <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 腎センター(採血・採尿の検査データを添付願います)				
受診希望日	① なし	② 月 日 ()	③ 月 日 ()		
希望医師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医師)				
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
傷病名					
症状	※診療情報提供書のFAXをいただく場合は記載不要です。				