

**診療情報提供書 兼 FAX送信票**  
**FAX番号 022-275-5213**

独立行政法人 地域医療機能推進機構 仙台病院（JCHO仙台病院）  
 地域医療連携室 直通電話番号 022-275-3195

**※緊急性がある場合は、FAX送信前に、  
 病院代表022-275-3111より直接各科医師までお電話下さい**

平成 年 月 日	医療機関名
JCHO仙台病院	所在地
科	診療科
先生	医師名
	TEL
	FAX

- \* 既に紹介状を作成されている場合は、別紙参照にチェック頂き、添付願います
- \* 腎センターご紹介の場合は直近の検査データ（採血・尿）を添付願います

※該当項目の  にチェックしてください

希望日	第1希望 年 月 日	第2希望 年 月 日	第3希望 年 月 日
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院 ⇒ <<部屋希望 <input type="checkbox"/> 無し・ <input type="checkbox"/> 有り→ <input type="checkbox"/> 多床室・ <input type="checkbox"/> 二人部屋・ <input type="checkbox"/> 個室>>		

→ ※病状によっては入院をお勧めする場合がございます  
 → ※ご希望に添えない場合がございます

緊急性	<input type="checkbox"/> 今日、明日中に受診又は入院希望→病院代表022-275-3111より直接各科医師までお電話下さい <input type="checkbox"/> 1週間以内で受診または入院希望→上記枠内の希望日にご記入下さい		
患者氏名	(フリガナ)	生年月日	明・大 年 月 日 性別 昭・平 ( 歳) 男・女
	電話	自宅	その他
	携帯	勤務先電話	- -
住所	〒		

傷病名			
症状			
	<input type="checkbox"/> 詳細は別紙参照		
透析	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → ( <input type="checkbox"/> 月水金・ <input type="checkbox"/> 火木土 / <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 )		
認知症 精神疾患等	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → (問題行動等あればご記入下さい)		
来院時 ADL	<input type="checkbox"/> 自立歩行 ・ <input type="checkbox"/> 歩行器、杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー		

保険者番号	本人・家族	負担割	1 ・ 2 ・ 3 割負担
記号・番号			<input type="checkbox"/> 自己負担限度額「一般」適用