



患者紹介用紙（紹介医→地域医療連携室）

平成 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】

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	（ 歳）
お名前	様(男・女)			
住所	〒			
TEL		FAX		

【診療希望内容】

希望診療科	<input type="checkbox"/> 循環器専門外来 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <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"/> セカトピニオン希望（ <input type="checkbox"/> 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） （循環器専門外来のみ、診療日：毎週火曜 13時30分～16時30分）
連絡事項 （症状等）	
備考	<input type="checkbox"/> 詳細地図添付希望

※1 セカト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。