

患者さんご紹介用 Fax 連絡票

仙台厚生病院 地域医療連携室 宛

〒980-0873 仙台市青葉区広瀬町 4-15

Tel:022-222-6181/Fax:022-223-8442

【送信元】

送信日:平成 年 月 日

医療機関名			
ご芳名		Tel	
登録医番号		Fax	

【患者情報】

フリガナ			性別	男性 ・ 女性	
患者名	様				
生年月日	大・昭・平	年 月 日	年齢	歳	
希望診療科 (丸で囲んで下さい)	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器内科 (月～金) ・循環器内科 (木、予約制:下肢静脈瘤外来) ・呼吸器内科 (月～金) ・呼吸器外科 (水) ・消化器外科 (火・木) <p>【 消化器内科・肝臓内科・心臓血管外科・放射線科は専用の用紙をお使い下さい 】</p>				
受診希望日	平成 年 月 日 ()				
診療情報	(主訴)				
(経過概要)					
(希望検査等)					
貴院に入院中ですか？	はい	いいえ	DPC 算定患者ですか？	はい	いいえ