

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

消化器内科紹介用

〒980-0873 仙台市青葉区広瀬町 4-15

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

【送信元情報】

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		性別	男性 ・ 女性
生年月日	大・昭・平 年 月 日		年齢	歳
目的	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (月～金、9:00 来院) Fax 予約にて、初回来院日に検査が可能です。			
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー			
	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 (月～金、13:00 来院) 検査予約日 2 日前までに事前受診が必要です。 事前受診: 月～金、8:30～11:00 1F②窓口に来院願います。 (腹部レントゲン検査・大腸検査食購入・前処置薬処方のため) ※遠方の方で紹介元で対応できる場合は事前受診不用です。			
	<input type="checkbox"/> その他の精査・治療 ()			
	<input type="checkbox"/> 入院依頼 ADL: 自立 ・ 一部介助(杖歩行・車椅子) ・ 全介助 現在: 入院中 ・ 外来通院中			
受診希望日	平成 年 月 日 ()			
抗血栓薬	無 ・ 有 (薬剤:) ※検査前の休薬は不要です。			
診療情報	主訴:			
(経過概要)	※診療情報提供書添付の場合は、別紙参照にチェックをお願いします。			<input type="checkbox"/> 別紙参照

◆ 当日の受診・検査または入院依頼・救急患者のご依頼は、Fax ではなくお電話で当科救急担当医にご依頼下さい。(代表: 022-222-6181)