

## 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

放射線科紹介用

【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 放射線科

放射線治療

- 放射線治療のみ希望
- 放射線治療 + 骨シンチ
- 放射線治療 + FDG/PET
- 放射線治療 + 骨シンチ+ FDG/PET

受診希望日 (火・木)

\_\_\_\_\_

(検査の日時は、改めて調整させていただきます)

(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
------------	--------	--------------	--------