

宛先： 宮城県立がんセンター地域医療連携室

TEL 022-384-3151(代)内線123 022-381-5152(直通)

FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室

*この用紙は、初診診察の申し込みにご使用ください。セカンドオピニオンご希望の場合は、
“がん相談支援センター”に電話で直接お申し込みください。022-381-1155(直通)

新患予約申し込み書

平成 年 月 日

紹介元医療機関名：

連絡先 TEL:

FAX:

診療科

医師名

科

先生

希望診療科 (○をつけて下さい)	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器内科 ・呼吸器内科 ・整形外科 ・形成外科 ・放射線治療科 ・血液内科 ・呼吸器外科 ・脳神経外科 ・婦人科 ・緩和ケア内科 ・腫瘍内科 ・消化器外科 ・頭頸部外科 ・泌尿器科 ・乳腺外科 <p>*CT・MRI・RIご希望の場合は、「画像診断予約申し込み書」でご予約お願いします。</p>
受診希望日	①平成 年 月 日 () ②平成 年 月 日 () ③診察日いつでも可
ふりがな	
患者氏名	様
性別	1. 男 2. 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	電話 ()
当院受診歴	1. 有 2. 無 3. 不明
備考：	

* 診療希望日をご記入の上、「新患予約申し込み書」をFaxで送信してください。

お電話でお申し込みいただいた場合も、この用紙をFAXしていただきますようお願いいたします。

* 紹介医療機関からのFAX受理後、当院から診療予約票をFAXしますので患者さんにお渡し願います。

がんセンター記入欄 予約日	平成 年 月 日 ()
------------------	--------------