



宛先：宮城県立がんセンター 地域医療連携室
 FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室直通
診療予約申込書

【発信先】

宮城県立がんセンター 地域医療連携室
 〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1
 TEL:022-381-5152
 FAX:022-381-1169

【紹介元】

令和 年 月 日

| | |
|----------|------------|
| 医療機関名: | |
| 連絡先 TEL: | |
| FAX: | |
| 診療科・医師名: | 科 先生 |
| | (連絡担当者様:) |

※ 予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日・年末年始)のお申込みについては、原則として翌診察日の対応となります

※ 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(022-381-1155)】に電話で直接お申込みください

※ CT・MRI・Riご希望の場合は、「画像診断予約申込書」でご予約をお願いします

| | | | |
|----------------------|--|--------------------------------------|---------------|
| 希望診療科 (○をつけてください) | 消化器内科 (月～金) □上部 □下部 □肝 □胆膵 | 血液内科 (月～金) | 腫瘍内科 (火～木) |
| | 呼吸器内科 (月～金) | 呼吸器外科 (水・金) | 消化器外科 (火・金) |
| | 乳腺外科 (月・木) | 整形外科 (火・木) | 脳神経外科 (月・水・金) |
| | 頭頸部外科 (月・火・木) | 形成外科 (月・木・金) | 婦人科 (月・火・木) |
| | 泌尿器科 (月・水・木) | 放射線治療科 (月～木) | 緩和ケア内科 (水・金) |
| | | * 下線・網掛けの診療科は診療情報提供書と一緒にFAXをお願いいたします | |
| 受診希望日 | ① 令和 年 月 日 () ② 令和 年 月 日 () ③ 診察日いつでも可 | | |
| ふりがな | | | 性別 |
| 患者氏名 | 様 | | 1.男性 2.女性 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳 | | |
| 住所 | 電話 () | | |
| 傷病名 紹介目的 | (診療情報提供書を一緒にお送りいただく場合、こちらの項目は記載不要です) | | |
| 当院受診歴 | 1.有 2.無 3.不明 | 当院受診時に入院中ですか? | 1.はい 2.いいえ |
| 備考: | | | |

* 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 | 令和 年 月 日 () |
|------------------|--------------|