

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、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)

診療予約申し込み書

【紹介元情報】

令和 年 月 日

医療機関名：

連絡先 TEL:

FAX:

診療科名：

科

医師名：

先生

希望診療科

(○をつけて下さい)

・消化器内科

・血液内科

・腫瘍内科

・呼吸器内科

・呼吸器外科

・消化器外科

・乳腺外科

・整形外科

・脳神経外科

・頭頸部外科

・形成外科

・婦人科

・泌尿器科

・放射線治療科

・緩和ケア内科

*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。

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

患者氏名

様

性別

1. 男性

2. 女性

年齢

歳

生年月日

西暦・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します。

がんセンター記入欄
予約日

令和

年

月

日 ()