



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 (火・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			
患者氏名	様	性別	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	(診療情報提供書と一緒に送っていただく場合、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 ()
------------------	--------------