

FAX送信票／消化器外科(鼠径ヘルニア・胆のう)紹介患者診療予約申込書



東北労災病院 地域医療連携センター

〒981-8563 仙台市青葉区台原4丁目3番21号

TEL 022-275-1467(直通)

FAX 0120-772-061

受付時間 平日 8:15 ~ 15:00

送信元

送信日： 年 月 日

医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

医師氏名：

送信者名：

※ 受付時間外のお申込については、原則として翌診療日の対応となります

2024.4月版

MMWIN ID	- - -	MMWINカード(みやぎ医療福祉健康共通IDカード)をお持ちの場合は16ケタの番号をご記入ください。	
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
氏名	様 (男・女)	年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		
電話	() -	当院受診歴	有(科)・無
携帯電話	() -		
紹介目的	☆診療情報提供書をFAXする場合はご記入不要です		

下記の該当するものに○を付けてください

鼠 径 ヘル ニ ア			胆 の う		
右	左	両 側	胆 石	※1 胆のう炎	※1 胆管炎

※1 炎症のある方は15時以降でもできる限り診察いたします

受 診 希 望 日

当日希望の方 ※当日受診希望の場合は、15時までに当院へお越しいただける方が対象となります ※1の方は15時以降でもできる限り対応します	当日以外をご希望の方	
当院到着予定時間	第1希望日	第2希望日
時 分 当院到着予定	月 日	月 日
当院までの移動手段	最短日・希望日なし	
自家用車・タクシー・その他()		

東北労災病院 地域医療連携センター FAX 0120-772-061