

FAX送信票／紹介患者診療予約申込書（脊椎外科用）



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

FAX 0120-772-061

受付時間 平日 8:15 ~ 17:00



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。

※当日のご予約はお取りしておりません。外来受付時間内に、ご紹介状をお持ちの上ご受診ください。

2019.9月-脊椎外科 1版

フリガナ				明・大・昭・平
氏名	様（男・女）	生年月日	年 月 日（ 歳）	
住所	〒 -			
電話	（ ） -	当院受診歴	有（ ）科）・無	
携帯電話		担当医希望	有（ ））・無	
疾患 または 症状	☐ 別添 診療情報提供書のとおり	紹介目的	☐ 精査 ☐ 入院治療 ☐ 手術 ☐ その他（ ）	
貴院に入院中ですか？ いいえ・はい → 入院中の場合、DPC算定患者ですか？ はい・いいえ				
保険 情報	共済組合 組合健保 協会健保 国保 後期高齢 生保 自費 自賠責 労災 震災免除 資格取得年月日 年 月 日			

ご予約を希望される科	脊椎外科			
受診を希望される曜日	☐ 火曜日 ☐ 木曜日 ☐ 金曜日 ☐ 希望なし（最短日）			
持参可能な診療情報	画像の種類	単純／造影	撮影部位	最終撮影日
画像情報	☐ 単純X-P			年 月 日
	☐ C T	☐ 単純 ☐ 造影		年 月 日
	☐ M R I	☐ 単純 ☐ 造影		年 月 日
	☐ その他の画像			年 月 日
その他の情報	☐ 採血結果 ☐ （ ）			

<脊椎外科 診療予約日確定までの流れ>

- ① 診療情報提供書と本用紙をFAX頂きます。
- ② 予約の可否について、数日以内に※地域医療連携センターよりご連絡いたします。

（※土日祝日、年末年始を除く）

※診療情報提供書等の内容により、近隣の整形外科を専門とされる開業医の先生の受診をお勧めする場合がございます。

当院が果たすべき役割である、手術等の急性期医療を必要とする患者様の適切な診療の為、何卒ご理解頂ければ幸いです。ただし、緊急を要すると判断された場合はこの限りではございませんので、適宜ご相談ください。

東北労災病院 地域医療連携センター FAX **0120-772-061**

FAX送信票／鼠径ヘルニア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



医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

医師氏名：

送信者名：

送信元

送信日：

年

月

日

※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。

※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。

2023.1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
氏名	様 (男・女)	年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		
電話	() -	携帯電話	
紹介目的	① 精査 ② 入院治療 ③ 手術 ④ その他()	当院受診歴	有(科)・無
貴院に入院中ですか? いいえ・はい → 入院中の場合、DPC算定患者ですか? はい・いいえ			
保険情報	共済組合 組合健保 協会健保 国保 後期高齢 生保 自費 自賠責 労災 震災免除 資格取得年月日 年 月 日		

下記の該当するものに○を付けてください。

部位		
右	左	両側
受診希望日		
当日	当日以外	
当院到着予定時間		

※当日以外を受診を希望する場合は不要です。

時	分	当院着予定
---	---	-------

※当日以外を受診を希望する場合は下記へ受診希望日の記入をお願いします。

第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()	希望日なし
------	---------	------	---------	-------

東北労災病院 地域医療連携センター FAX 0120-772-061