

患者さんご紹介用 Fax 連絡票

仙台厚生病院 地域医療連携室 宛

〒980-0873 仙台市青葉区広瀬町 4-15

Tel:022-222-6181/Fax:022-223-8442

【送信元】

送信日: 年 月 日

医療機関名			
ご芳名	印		
Tel		Fax	

【患者情報】

フリガナ		性別	男性・女性
患者名	さん		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			
希望診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科 (月～金) <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 (月～金) <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 (水・木) <input type="checkbox"/> 消化器外科 (火・木) 【 消化器内科・肝臓内科・心臓血管外科・放射線科は専用の用紙をお使い下さい 】		
受診希望日	年 月 日()		
当院受診歴	無・有(科、 年頃)・不明		
診療情報	(主訴)		
(経過概要)			
(希望検査等)			
貴院に入院中ですか?	はい いいえ		