Fax：022-728-8703

# 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5
Tel：022-728-8474/Fax：022-728-8703

放射線科紹介用

【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 | | | |
| 当 院 受 診 歴 | 無 ・ 有（　　科、　　年頃）・ 不明 | | |

□　放射線治療のみ希望

□　放射線治療　＋　骨シンチ

□　放射線治療　＋　FDG／PET

□　放射線治療　＋　骨シンチ+ FDG／PET

受診希望日（火・木）

（検査の日時は、改めて調整させていただきます）

（希望検査等）

| | |
|---|---|
| 貴院に入院中ですか？ | はい　いいえ |