

外来 診療予約申込書

申込日 (FAX送信日) :

令和 年 月 日

紹介元医療機関



患者支援・医療連携センター 行

TEL : 022-388-9593 (直通)

TEL : 022-259-1221 (代表)

FAX受付時間

平日 8:30~17:00

(平日17時以降または、休日のFAX受診は翌診療日受付になります。)

医療機関名 :

住 所 :

診療科・医師名 :

電 話 番 号 : - -

F A X 番 号 : - -

(事務担当:)

※緊急度が高い場合は、各科外来へ直接お問い合わせください。TEL 022-259-1221 (代表)

※セカンドオピニオンは、この申込書で予約出来ません。詳しくは、ホームページをご覧ください。

【患者基本情報】

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏 名	(旧姓)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 () 歳
住 所	〒 — —		
電話番号	自宅 — —	携 帯	— —
受診希望日	第1: 令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 申込みの翌日の予約でも可	
	第2: 令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()	
※希望日がない場合には、最短の日時で予約します。			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	現在患者さんはお待ちですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	*東北厚生年金病院時代も含みます		*お返事に時間がかかる場合は連携室よりご連絡致します
疾患・症状 ご紹介目的等 をご記入下さい	*紹介状を添付される場合は記入不要です		
*紹介状はご準備でき次第、医療連携センターへ送信願います。			
※診療科からの要望であらかじめ紹介状の送信をご依頼する場合がございます。			
担当医師への 事前連絡状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 先生に連絡済		

※ 予約日時が確定次第、「受診受付票」をFAXでお送りします。

※ 「診療情報提供書」の原本は当院受診当日にご持参ください。

【東北医科薬科大学病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診日時 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

受診を希望する診療科に○を付けて下さい。

患者氏名： _____

※ **太枠** で囲まれている診療科は、必ず予約が必要な診療科となります。

○↓	診療科	予約曜日
	消化器内科	月～金
	脳神経内科	月～金
	脳神経外科	月～金
	呼吸器内科	月～金
	呼吸器外科	月～金
	循環器内科（アブレーション）	月・火
	循環器内科（TAVI外来）	月（午後）
	循環器内科（その他）	月～金
	心臓血管外科（心臓）	金
	心臓血管外科（血管）	月
	小児科（一般）	月～金
	小児科（アレルギー外来）	月・火・金
	小児科（発達外来）	月
	小児科（小児循環器）	火（午後）
	消化器外科	月～金
	肝胆膵外科	ご紹介内容確認後に予約致します。
	乳腺外科	月・火・水・金
	整形外科 一般	月・水・金
	整形外科 脊椎	木
	整形外科 人工関節 膝・股関節	火
	整形外科 肩・スポーツ	水
	整形外科 手・肘	火・水
	整形外科 骨粗鬆症	金
	腫瘍内科	ご紹介内容確認後に予約いたします。予約調整にお時間をいただく場合はご連絡致します
	婦人科	ご紹介内容確認後に予約致します。
	産科	産科専用申込書をご利用ください。
	「放射線治療予約申込書」をご使用ください	
	放射線治療外来	月・水
	連携室より予約票を送信致します	

○↓	診療科	予約曜日
	耳鼻咽喉科	当日受付時間 8:30～10:00 月～金
	血液内科	血液検査データを添付して下さい 月・木
	リウマチ科	月
	泌尿器科	月～金
	糖尿病代謝・内分泌 泌尿科(内分泌)	検査データを添付して下さい 月～金
	糖尿病代謝・内分泌内科 (糖尿病代謝)	月・火・水・金
	糖尿病代謝・内分泌内科 (1型インスリンポンプ導入)	水
	糖尿病代謝・内分泌内科 健康体重サポート(薬物治療)	月
	総合診療科	紹介状を添付して下さい 月～金
	形成外科	月～金
	腎臓・高血圧内科	検査データを添付して下さい 月～金
	皮膚科	月～金
	感染症内科	月・火・木・金
	高次脳機能障害支援センター	火
	アレルギーセンター	水

歯科口腔外科		
	抜歯小手術	月・水・金
	粘膜疾患 口内炎・潰瘍など	月・水・金
	顎関節症・顎関節疾患	月・水・金
	その他	月・水・金

下記診療科は連携室より予約票を送信しておりません。
お申し込みの際は本申込書と紹介状を連携室へFAXしてください。
お問い合わせ窓口は、各診療科となります。
TEL：022-259-1221（代表）

放射線科(検査)	放射線科外来から予約日時をご連絡いたします。専用申込書を放射線科直通FAXへ送信ください。
直通FAX022-259-1311	
精神科	精神科外来へ15時以降にご本人かご家族より直接お電話で予約をお取り下さい。
もの忘れ外来	認知症疾患センターから予約日時をご連絡いたします。
下記の診療科は、予約できません。 紹介状を持参の上、下記受付時間内にご来院ください。	
眼科	受付時間 8:30～10:00 火・水・金

※ 各診療科の予約曜日については、予告なく変更される場合がありますので予めご了承ください。

