

FAX送信票/紹介患者診療予約申込書

【送信先】

石巻赤十字病院 総合患者支援センター
〒986-8522 石巻市蛇田字西道下71番地
TEL : 0225-21-7240(直通)
受付時間 : 平日 9:00~17:00

【送信元】

紹介元医療機関名
診療科
担当医師名
電話番号
FAX番号

(送信者名:)

※17:00以降にいただいたFAXにつきましては、翌営業日の受付とさせていただきます。

※お申込の際は、診療情報提供書と併せてお送りください。

【紹介患者様情報】

(令和7年2月 版)

フリガナ		性別		大・昭・平・令
名前	様 (旧姓:)	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 -			
電話	() -	当院受診歴	有(科)・無・不明	
携帯電話	() -	来院時の状態	歩行・車イス・ストレッチャー	
貴院に入院中ですか? はい・いいえ → 入院中の場合、DPC算定患者ですか? はい・いいえ				
「はい」の場合、(入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください)				

ご予約を希望なされる科に○を付けてください。

診療科	希望科	診療科	希望科	診療科	希望科
糖尿病内科		形成外科*1		整形外科	(一般外来)
血液内科		小児外科			(小児股関節外来)
高血圧内科		呼吸器外科			(リウマチ外来)
脳神経内科		乳腺外科			(脊椎外来)
消化器内科		脳神経外科		外科	(一般外来)
呼吸器内科		心臓血管外科			(血管外来)
循環器内科		婦人科			(甲状腺外来)
耳鼻咽喉科		緩和医療科		小児科	(一般外来)
眼科		放射線治療科			(アレルギー外来)
皮膚科		歯科口腔外科			(心臓外来)
泌尿器科*1					(神経外来)
遺伝診療科					

※産科は、産科専用・里帰り出産専用用紙をご利用ください。

※腎臓内科ご希望の場合は、「腎臓内科診療予約申し込み書」にてお申込みください。

※予約日が決まりましたら、「予約票」をお送りしますので患者様へお渡し願います。

※*1の診療科については、後日のご連絡となりますのでご了承ください。

※都合が悪い日にちをご記入下さい