診療予約申込書（紹介医→仙台整形外科病院　地域医療連携室）

FAX番号　022-390-5724

年　　月　　日

特定医療法人　白嶺会　仙台整形外科病院　地域医療連携室　行

◇地域医療連携室受付時間　　平日　9:00～16:00　　直通　TEL　022-390-5051

土・日・祝日及び16:00以降のお申し込みについては、誠に勝手ながら翌診療日対応させていただきます。

▽紹介元情報▽

医療機関名		診療科名	
御担当医師名		御担当者名	
TEL		FAX	

▽患者情報▽

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日	大・昭・平・令　（　　歳） 年　　月　　日
お名前		男・女		
住所	〒　　－			
TEL		携帯電話番号		

▽　診療希望▽　　**該当する項目「□」にチェックをしてください。**

医師指定　　□　あり　　▪　□なし　　脊椎　　膝

（医師指定がなしの場合、いずれかに　○をお願いします）

脊椎

□　佐藤　哲朗　（月・水）　　□　兵藤　弘訓　（火・金）　　□　中川　智刀　（月・木）

□　髙橋　永次　（火・木）　　□　星川　健　　（水・金）　　□　徳永　雅子　（月・木）

膝

□　柏葉　光宏　（火・金）　　□　小笠原　将教　（火・金）

連絡事項・症状など　　**セカンドオピニオン申し込みは、この用紙ではできません。ホームページをご覧ください。**

□　受診日は、いつでも大丈夫　　□　主治医と相談済み　　月　　日　　：

予約第1希望日	予約第2希望日	予約第3希望日
月　　日（　　）	月　　日（　　）	月　　日（　　）

◇診療情報提供書・予約票は患者さんが当院を受診するときに持参させて下さい。

当院記載欄

□　予約日　　月　　日　　曜日　時間　　：

ver .7