## 宮城病院【MRガイド下集束超音波治療】予約申込用紙

|--|

国立病院機構宮城病院 地域医療連携室 宛

【電話番号】0223-37-1131 (代表) 【FAX番号】0223-37-5055 (直通)

【申し込み方法】

- ①予約を希望される場合は、当院所定の用紙**MRガイド下集束超音波治療予約申込用紙**に必要事項を記入頂きFAXでお申し込みください。<u>(患者様は貴院にてお待ちいただく必要はありません)</u>
- ②予約窓口(地域医療連携室)の受付時間は、平日9:00~17:00です。 ※時間外、土日祝日のお申し込みについては、原則翌診療日の対応となります。
- ③患者様と直接連絡をとり、予約をお取りします。
- ④ 予約が確定しましたら、貴院へ予約日を報告いたします。
- ⑤患者様が予約日に**「診療情報提供書原本」「保険証」(特定疾患の方は受給者証)「お薬手帳」** を持参されるようご説明をお願いします。

※**診療情報提供書がない場合は、初診時特定療養費(2,750円)がかかります。** 【紹介元情報】

医療機関名:	ご担当医名:
電話番号:	
FAX番号:	

## 【患者様情報】

フリガナ		性別		生 年	月日		
氏 名	様	男·女	大正·昭和 平成·令和	年	月	日	才
連絡先	電話	F A	A X				
主 訴							
連絡事項など							

## 【宮城病院記入欄】※下記は記入しないでください。

予約日時	年	月	日	(	)	:	ΙD			
担当医	(    )医師				)医師	診療情報提供書の有無		有	· 無	
電話(患者)	( )					当院受診歴の有無		有	・無	
来院時の状態	歩行可	」 ・ 車	■ ■椅子	• ;	ストレ	ッチャー	当院受診	時に入院の有無	入院中	・入院なし

独立行政法人 国立病院機構宮城病院 地域医療連携室 〒989-2202 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原100 電話番号:0223-37-1131(代表) FAX番号:0223-37-5055(直通)

