

宮城病院【MRガイド下集束超音波治療】予約申込用紙

送信日 年 月 日

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。（患者様は貴院にてお待ちいただく必要はありません）
- 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**」「**マイナ保険証**もしくは**健康保険証資格確認書**」（**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】

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 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 () :	I D	
担当医	() 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)



(2026年,8月改訂)