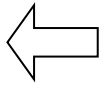


坂総合病院 予約申込書

【送信先】
 坂総合病院 地域医療連携室
 〒985-8506 塩釜市錦町16番5号
 TEL:022-361-4700
 FAX:022-365-3620



【送信元】
 医療機関名
 医師氏名 先生
 TEL:
 FAX:

▽患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男	大 昭 平
		女	年 月 日生

▽診療希望内容

坂総合病院			坂総合クリニック		
希望科に○	診療科	予約可能日	希望科に○	診療科	予約可能日
	内 科	火～木		外 科	月～金
	消 化 器 科	月～金		産 婦 人 科	月～金
	肝 臓 外 来	木		泌 尿 器 科	月・火・木・金
	呼 吸 器 科	月・火・水・金		整 形 外 科	月～水
	循 環 器 科	月～金		形 成 外 科	月・火・水・金
	末 梢 血 管 外 来	月・火		小 児 科	月～金
	糖 尿 病 代 謝 科	月・火・木・金		心 臓 血 管 外 科	水・金
	リハビリテーション科	水・金		漢 方 科	問い合わせ
	脳 神 経 外 科	木・金		皮 膚 科	火・木・金
				腎 臓 内 科	水
				眼 科	月～金
				耳 鼻 科	月・水
				も の わ す れ 外 来	木
				血 液 科	火・金

※ は予約時に診療情報提供書が必要な科になります。
 ※坂総合病院、坂総合クリニックは同じ敷地内にご 있습니다。

▽検査希望内容

放射線科 MRI(造影あり・なし) 部位() CT(造影あり・なし) 部位()
 その他検査()

▽希望日

希望日あり(月 日)(月 日) 希望日なし

▽連絡事項等記入欄

坂総合病院 地域医療連携室
 病院長 富山 陽介
 地域連携センター室長 渡部 潔

検査予約案内 ※診療情報提供書が必要になります。

紹介科	検査内容	検査曜日	注意事項
消化器科	胃カメラ	月～金（午前）	絶食で予約日午前10時迄に来院
	大腸カメラ	月・火・水・金	外来予約日検査は実施せず、次回来院日に検査
内科	腹部エコー	月～土（午前）	絶食、予約制
	心エコー	月～土	予約制
放射線科	MRI	月～土	腹部・造影の場合は絶食
	CT	月～土	腹部・造影の場合は絶食
	RI	火・水・木	予約変更は3日前迄
脳神経外科	脳波	月・火・水・金(午後)	予約制
リハビリテーション科	嚥下造影検査	水(午後)	付き添い必要
	神経伝導検査	火(一日)・金(午後)	予約制

坂総合病院 予約申込書

【電話番号】
坂総合病院 地域医療連携室
〒985-8500塩釜市緑町16番5号
TEL: 022-361-4700
FAX: 022-365-3620

【電話番号】
医療機関名
医師氏名
TEL:
FAX:

▽患者様情報

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 明 大 昭 平 女	年 月 日

▽診療希望内容

坂総合病院		坂総合クリニック	
希望科	診療科	希望科	診療科
<input type="checkbox"/>	消化器科	<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	産婦人科
<input type="checkbox"/>	呼吸器科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	循環器科	<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	小児科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	漢方科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	腫瘍内科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	耳鼻科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	耳鼻科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	ものわずれ外来

▽受診希望日
希望日あり() 月 () 日 () 日

▽検査希望内容
放射線科 MRI(造影ありなし) 部位() CT(造影ありなし) 部位()
その他検査()

▽連絡事項等記入欄

坂総合病院 地域医療連携室
病院長 内藤 孝
室長

診察希望の場合は該当科にご紹介ください。
 ※検査によってはすぐに結果が出ないものがございます。
 ※予約依頼を頂いてから予約票をFAXで送信いたします。
 ※検査内容について記載した文書をお送りいたしますので
 簡単な説明をお願い致します。

その他検査のご相談も御受けしておりますので、
 地域医療連携室までご相談ください。
**MRI、CTは至急の対応も御受けしております、
 御電話でのお問い合わせお願い致します。**

こちらに記載の上
 FAXお願い致します

▽問い合わせ先
 坂総合病院 地域医療連携室
 TEL: 022-361-4700
 FAX: 022-365-3620