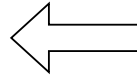


坂総合病院 予約申込書

2023.8月更新

【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:

※ FAX受付時間 8:30~16:45

上記時間以降は翌日に予約票をFAXさせていただきます。

▽患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男	大 昭 平 令
		女	年 月 日生

◎ 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さいます。

▽予約希望内容

*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	月~金		外 科	月~金
	消化器科(一般)	月~金		産 婦 人 科	月~金
	消化器科(肝臓)	木		泌 尿 器 科	月・火・木・金
	消化器C手術特診	第2・4木PM		整 形 外 科 (一 般)	火・水・金
	呼 吸 器 科	月・火・水・金		整 形 外 科 (肩)	月・火・金
	循 環 器 科 (一 般)	月~金		形 成 外 科	月・火・水・金
	循 環 器 科 (末 梢)	月・火		小 児 科	月~金
	糖 尿 病 代 謝 科	月・水・木・金		心 臓 血 管 外 科	水
	リハビリテーション科	水・金		漢 方 科	問い合わせ
	メンタルヘルス科	金		皮 膚 科	火・金
	脳 神 經 外 科	木・金		腎 臓 内 科	水
	緩 和 ケ ア 科	月・木		眼 科	月~金
	放 射 線 科 ※ 1	検査のみ		耳 鼻 科	月・水
	そ の 他 検 査 ※ 1	検査のみ		も の わ す れ 外 来	木
×	神 經 内 科	新患予約不可		血 液 科	火・金

※1 下記「検査希望内容」より
ご希望の検査内容をご記入ください

※1 検査希望内容

*検査のみの為、結果説明は紹介元医療機関にお願いしております。

●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

検査項目 ()

希望日

希望日あり(第一希望 月 日)(第二希望 月 日)

希望日なし

▼傷病名

[]

▼連絡事項

[]

現在、患者様はお待ちですか？

はい いいえ (予約票が明日以降の到着でも差し支えない場合は「いいえ」にチェック)

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
〒985-9500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"/>	内 科	<input type="checkbox"/>	外 科
<input type="checkbox"/>	消 化 器 科	<input type="checkbox"/>	産 婦 人 科
<input type="checkbox"/>	評 価 外 科	<input type="checkbox"/>	泌 尿 器 科
<input type="checkbox"/>	呼 吸 器 科	<input type="checkbox"/>	整 形 外 科
<input type="checkbox"/>	傷 害 科	<input type="checkbox"/>	形 成 外 科
<input type="checkbox"/>	末 梢 血 管 外 科	<input type="checkbox"/>	小 児 科
<input type="checkbox"/>	糖 尿 病 代 謝 科	<input type="checkbox"/>	心 臓 血 管 外 科
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科	<input type="checkbox"/>	凍 方 科
<input type="checkbox"/>	脳 神 経 外 科	<input type="checkbox"/>	麻 痺 科
		<input type="checkbox"/>	腎 臓 内 科
		<input type="checkbox"/>	耳 鼻 科
		<input type="checkbox"/>	も の わ ず れ 外 科

▽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