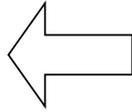


坂総合病院 予約申込書

2025.4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
 直通TEL：022-361-4700
 直通FAX：022-365-3620



【送信元】
 医療機関名：
 医師氏名：
 連携担当者：
 TEL：
 FAX：

先生

※ 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ざいます。

▽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 ※2	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		形成外科	月・火・水・金
	呼吸器科	月・火・水・金		小児科	月～金
	循環器科(一般)	月～金		心臓血管外科	水
	循環器科(末梢)	月・火		漢方科	問い合わせ
	糖尿病代謝科	月・水・木・金		皮膚科	火・木・(第2・4)金
	リハビリテーション科	水		腎臓内科	水
	脳神経外科	木		眼 科	月～金
	整形外科(一般)	火・水・木・金		耳 鼻 科	水
	整形外科(肩)	火・金		ものわすれ外来	木
	緩和ケア科	月・木		血液科	火・金
	放射線科 ※1	検査のみ		リウマチ科 ※3	火(PM/月2回)
	その他検査 ※1	検査のみ	※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		
×	メンタルヘルス科	新患予約不可	※2 分娩希望の際は患者様より直接産婦人科外来にお電話ください		
×	神経内科	新患予約不可	※3 外来日は連携室までお問合せください		

※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
〒985-8500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"/>	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"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	小児科
<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	耳鼻科	<input type="checkbox"/>	消化器科
<input type="checkbox"/>	歯科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	耳鼻科
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他

▽受診希望日
希望日あり() 希望日なし()

▽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