



東北大学病院

医療機関専用

東北大学病院 地域医療連携センター

予約申込みのご案内

平成30年5月更新

※救急患者さんにつきましては、この申込書を使用せず、
該当診療科または地域医療連携センターにお問い合わせください。

●診療予約の受付は、紹介医療機関からFAXでお申込みいただいた場合に限りです。
専門外来への振り分けや緊急性の確認などのため、患者さんからのお申込みでは受付していません。

●診療予約をご利用の際は、本冊子の申込書をコピーしてお使いください。(年2回更新)
新患日変更等ございますので、最新の申込書をご使用ください。
また、当院ホームページからもダウンロードできます。

トップページ ▶ 患者さんの紹介について(又は医療機関の方へ) ▶ ご紹介患者さんの診療予約
URL <http://www.hosp.tohoku.ac.jp/>

●セカンドオピニオン(診察ではなく、相談のみ。全額自費)をご希望の場合は、
TEL 022-717-8885へお問い合わせください。(P3参照)

直通連絡先

地域医療連携センター

TEL 022-717-7131 FAX 022-717-7132

診療予約受付時間

平日 8:30~17:00

休 診 日

土曜・日曜・祝日 年末年始(12月29日~1月3日)

診療予約受付のご案内

申込書⇒医科 P6、7 歯科 P8

医療機関の方へ

東北大学病院では、患者さんの診療までの待ち時間短縮を図るため、診療予約受付をおこなっており、FAXによるお申込みが必要です。申込書は当院ホームページからもダウンロードできます。

完全予約制以外の診療科でも予約をお取りしていない患者さんが来院された場合、診療ができかねる場合がございます。

診療予約受付時間

平日 8:30~17:00 (土曜・日曜・祝日・年末年始12月29日~1月3日を除く)

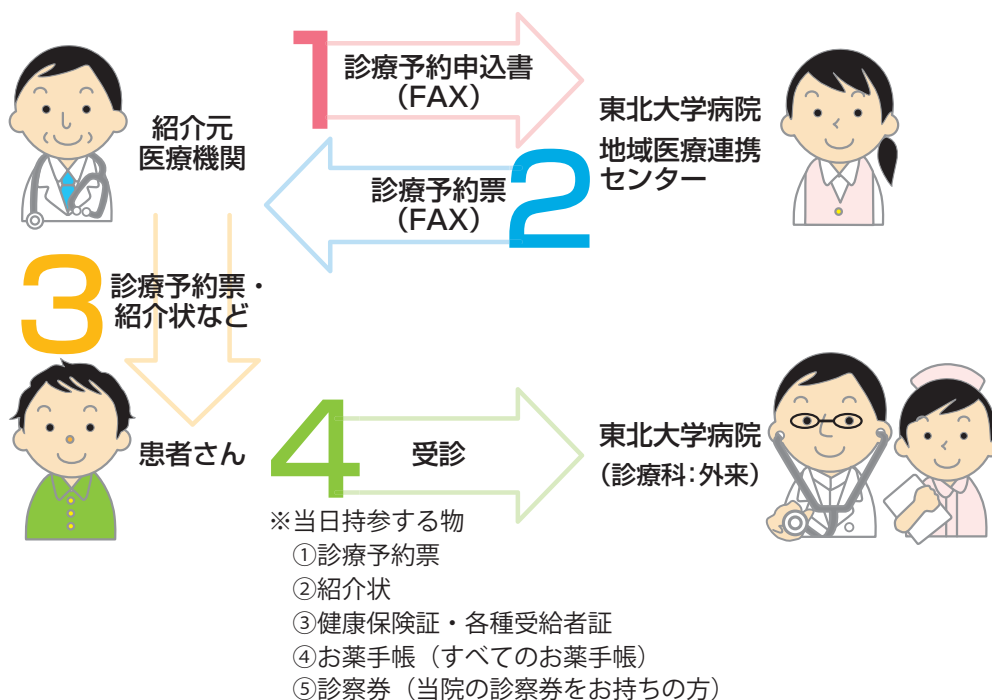
- ▶翌日分の予約については、前日の14時までにお問い合わせいたします。
- ▶予約受付時間外(平日17:00以降、土曜・日曜・祝日・年末年始)については、翌診療日の対応とさせていただきます。

診療予約のご利用について

- ▶診療予約受付は、紹介元医療機関からお申込みいただいた場合に限りです。患者さんご本人やご家族からの直接のお申込みでは受付しておりません。
- ▶予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ▶再診予約及び救急や入院を要する患者さんにつきましては、この申込書を使用せず、直接診療科にお問い合わせください。(P4~5に各診療科の直通番号記載)
- ▶セカンドオピニオンの予約につきましては、別途お申込みが必要となりますのでご注意ください。

診療予約受付の流れ

- ①当院専用の「診療予約申込書」に必要事項をご記入の上、地域医療連携センターまでFAXでお申込みください。
- ②予約日時を調整し、紹介元医療機関に30分以内を目途に「診療予約票」を返送いたします。
- ③患者さんへ「診療予約票」と「紹介状(診療情報提供書)」をお渡しください。
- ④診療予約票にある診療申込書を記入するようご説明をお願いします。予約当日は診療予約票、紹介状(診療情報提供書)、健康保険証・各種受給者証、各種検査結果(CD-R、DVD等)、お薬手帳、診察券(当院の診察券をお持ちの方)を持参するようお伝えください。



セカンドオピニオン外来のご案内

申込書⇒P13

セカンドオピニオン外来は完全予約制です

セカンドオピニオン外来の目的

セカンドオピニオン外来では、当院以外の医療機関で治療中の患者さんを対象に、診断内容や治療法に関して当院の専門医の意見や判断を提供いたします。その意見や判断を、患者さんがご自身の治療に際して今後の参考にさせていただく事が目的です。

相談内容

- ▶現在の診断・治療に関する専門医としての意見の提供
 - ▶今後の治療に関する専門医としての意見の提供
- ※相談領域に対応できる専門医が当院にいない場合、患者さんがはじめから当院での治療を希望している場合など、ご相談をお受けできない場合もございます。相談内容によってセカンドオピニオン外来よりも一般外来の受診の方がよいと判断される場合には、別途一般外来の受診をお勧めすることもあります。

対象となる方

ご本人の来院が原則ですが、申込書の同意書欄にご本人の署名があればご家族のみでも可能です。なお、ご家族以外は来院できませんのでご了承ください。

相談時間

おひとりにつき1時間です。45分間にわたってご相談をお受けした後、15分間で主治医への報告書を作成いたします。

担当医師

専門性を考慮して当方で決定いたします。

相談費用

主治医への報告書の作成費を含めて32,400円（税込み）です。自由診療になりますので全額自費になります。

相談に際して必要なもの

新たな検査や治療は行わず、患者さんからのお話や主治医の先生からの資料の範囲で判断をすることになりますので、検査データ等が必要になります。

▶診療情報提供書

▶検査資料

- ・血液検査の結果 ・超音波検査の結果と画像
- ・CT検査、MRI検査の結果（CD-R可）
- ・病理検査の報告書 など

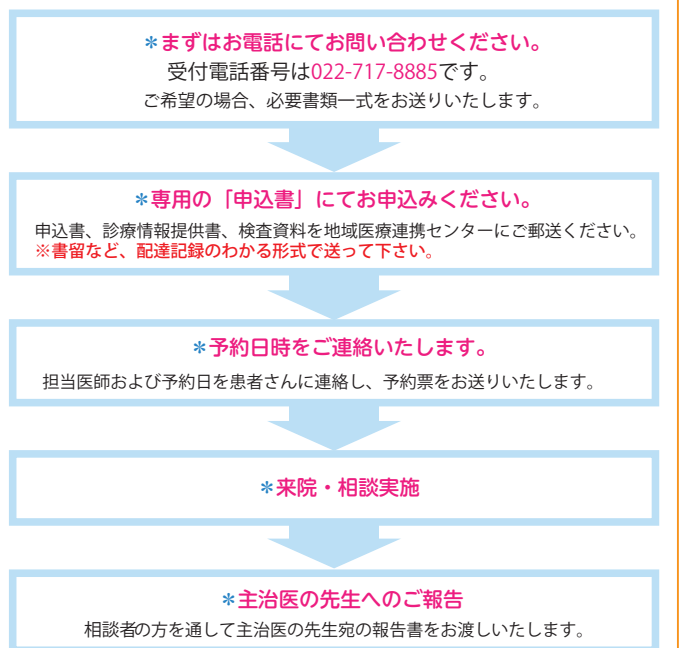
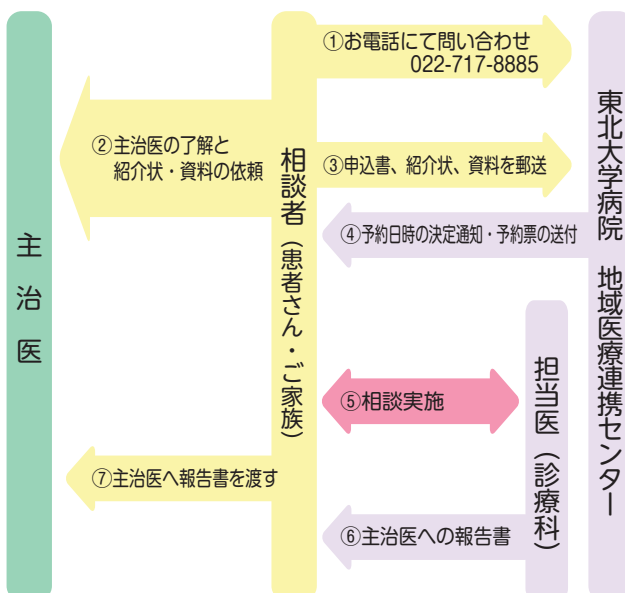
▶申込書の「同意書」欄の署名（相談者のご家族の場合）

※患者さんが未成年の場合は、ご相談者との続柄を示す書類で可能です。（例 健康保険証）

お申込み方法

完全予約制となっておりますので、事前に専用の申込書（様式1）と診療情報提供書、検査資料を地域医療連携センターに郵送でお申込みください。（患者さんから直接お申込みをいただくことも可能です。）

セカンドオピニオンの流れ



地域医療連携センター一経由 診療予約新患日一覧

【平成30年5月現在】

※地域医療連携センターへ新患予約のお申込みの際は、別冊の外来担当医表と新患日が異なる場合がありますので、ご注意願います。

※色付きの診療科は新患外来が完全予約制となっております。患者さんをご紹介いただく際は、必ずご予約をお願いいたします。

※再診予約及び救急や入院を要する患者さんにつきましては、直接該当診療科にお問い合わせください。

※最新の情報につきましては、当院のホームページでご確認ください。

URL <http://www.hosp.tohoku.ac.jp/>

※初診受付時間 午前8時30分～11時

新患日・医科部門

診療科 外来直通番号	新患日	診療科 外来直通番号	新患日
001. 総合診療科 TEL 022-717-7509	月～金(一部予約制)	101. 総合外科 (乳腺・内分泌) TEL 022-717-7742	乳腺:月・水・木 甲状腺:火・金
001. 産業衛生外来 TEL 022-714-7160	水・金/午後	131. 心血管外科 TEL 022-717-7743	木・金
011. 循環器内科 TEL 022-717-7728	月～金	141. 整形外科 TEL 022-717-7747	腫瘍外来:月 肩関節・神経筋外来:火 脊椎外来:水 膝・リウマチ・骨代謝外来:木 股関節・足外来:金
012. 総合感染症科 TEL 022-717-7766	月・木	151. 形成外科 TEL 022-717-7748	一般外来:月・木・金 唇裂口蓋裂・顎顔面外科:火・水 唇裂新患カウンセリング:木 眼瞼下垂:火 血管腫:月(午前)・水(午後)
021. 腎・高血圧・内分泌科 TEL 022-717-7778	水・金	※唇裂口蓋裂・顎顔面外科 唇裂新患カウンセリング 眼瞼下垂 血管腫は予約制	
022. 血液・免疫科 TEL 022-717-7730	血液外来:水・金 リウマチ膠原病外来:水・金	161. 呼吸器外科 TEL 022-717-7877	月・水・金
031. 糖尿病代謝科 TEL 022-717-7779	火・金	171. 麻酔科 TEL 022-717-7760	術前相談:月・水・金 ペインクリニック:月・水
032. 消化器内科 TEL 022-717-7731	一般外来:火・金 上部消化管内視鏡外来:月・火・木 胸やけ・胃もたれ外来:火 大腸院外新患外来:火・金 膵・胆道院外新患外来:火・木・金 肝院外新患外来:火・金	172. 緩和医療科 TEL 022-717-7768	直接診療科へ
041. 加齢・老年病科 TEL 022-717-7736	老年内科外来:月 もの忘れ外来:月・水 加齢画像外来:木・金	211. 婦人科 TEL 022-717-7745	腫瘍外来:火・木 不妊症・内分泌外来:月・水・金 女性健康外来:月・水
042. 漢方内科 TEL 022-717-7736	月・水・金	212. 産科 TEL 022-717-7746	I 枠 セミオープン:火・金 II 枠 ハイリスク:月～金
051. 心療内科 TEL 022-717-7734	月・水・木	221. 泌尿器科 TEL 022-717-7756	月・水・金
061. 呼吸器内科 TEL 022-717-7875	一般外来:月～金 睡眠時無呼吸症候群:水	311. 神経内科 TEL 022-717-7735	火・木
062. 腫瘍内科 TEL 022-717-7879	月	321. 脳神経外科 TEL 022-717-7752	一般外来:月・木 脳血管障害外来:水 脊髄・脊椎外来:水 てんかん外来:月
101. 総合外科 (肝胆膵・移植) TEL 022-717-7740	肝胆膵移植グループ新患:火・金(予約制) 臓器移植新患:月～金	331. 精神科 TEL 022-717-7737	一般外来:月・水・金 SAFE・早期精神病外来:月・水・金 こども外来:月
101. 総合外科 (上部消化管・血管) TEL 022-717-7742	食道:水・木 胃:水・木(予約制) 血管:月・火		
101. 総合外科 (下部消化管) TEL 022-717-7740	下部消化管:水・木 肥満・糖尿病:水・木		

診療科 外来直通番号	新患日
411. 小児科 TEL 022-717-7744 ※神経・筋外来、発達支援 外来は予約制	内分泌・骨疾患外来:月・水・木・金 神経・筋外来:月・木(予約制) 発達支援外来:直接診療科へ(予約制) 循環器外来:月・木 腎臓外来:水・木 新生児外来:火・金 血液・腫瘍・免疫外来:月・水・木・金 先天代謝異常外来:火・金
412. 遺伝科 TEL 022-717-7744	直接診療科へ
413. 小児外科 TEL 022-717-7758	月・木
422. 小児腫瘍科 TEL 022-717-7878	月・水・木・金
511. 皮膚科 TEL 022-717-7759	月・火・水・金
521. 眼科 TEL 022-717-7757	一般外来:月～金 網膜:月・金 ぶどう膜炎外来:月・木・金 緑内障外来(サージカル):火 緑内障外来(メディカル):月～金 神経・斜視外来:水 ロービジョン外来:水 角膜・ドライアイ外来:木 涙道外来:木
531. 耳鼻咽喉・頭頸部外科 TEL 022-717-7755	一般外来:月・水・金 頭頸部腫瘍外来:月・火 鼻・副鼻腔外来:火 喉頭・音声外来:火 新生児スクリーニング:水 中耳外来:木 摂食嚥下センター外来:金

診療科 外来直通番号	新患日
541. 肢体不自由 リハビリテーション科 TEL 022-717-7751	月・水・木・金
542. てんかん科 TEL 022-717-7751	火・金
543. 内部障害 リハビリテーション科 TEL 022-717-7751	月・水・木・金
544. 高次脳機能障害科 TEL 022-717-7751	月・水・木・金
611. 放射線治療科 TEL 022-717-7732	月・火・金
612. 放射線診断科 TEL 022-717-7732 ※インターベンション・ 血管造影、椎体形成術 は予約制	CT・MRI撮像外来:月～金 インターベンション・血管造影: 月～木(予約制) 椎体形成術:火(予約制) PET:月～金 シンチ:月～金
711. WOCセンター TEL 022-717-7652	直接診療科へ
フットセンター TEL 022-717-7748	直接診療科へ

新患日・歯科部門

診療科 外来直通番号	新患日
801. 予防歯科 TEL 022-717-8330	月・木
802. 矯正歯科 TEL 022-717-8376	月～金
803. 小児歯科 TEL 022-717-8384	月～金
804. 咬合機能成育室 TEL 022-717-8376	月
805. 歯科インプラント センター TEL 022-717-8426	月～金
811. 口腔診断科 TEL 022-717-8391	月～金 CT/CBCT:月～金
813. 歯科顎口腔外科 TEL 022-717-8352	拔牙・小手術:月～金 顎関節・口腔顔面痛:月・水・木・金 その他:月～金
814. 歯科麻酔疼痛管理科	火・水・木・金
821. 歯内療法科 835. 歯周病科 TEL 022-717-8337	月・火・木 ※月は奇数日のみ

診療科 外来直通番号	新患日
822. 保存修復科 TEL 022-717-8337	月・水・金 ※月は偶数日のみ
823. 咬合修復科 TEL 022-717-8364	火・金
834. 咬合回復科 TEL 022-717-8364	月・木
836. 口腔機能回復科 881. 高齢者歯科治療部 TEL 022-717-8397	月・水・金
841. 総合歯科診療部 TEL 022-717-8410	月～金
861. 顎口腔機能治療部 TEL 022-717-8412	火
871. 障害者歯科治療部 TEL 022-717-8408	火・水・金
891. 顎顔面口腔再建治療部 TEL 022-717-8364	火・木
周術期口腔支援センター TEL 022-717-8930	月～金 ※院内紹介のみ



TUH

東北大学病院

FAX番号022(717)7132

1/2

FAX送信票/東北大学病院 医科部門 診療予約申込書

送信日 平成 年 月 日

【送信元】

【送信先】東北大学病院 地域医療連携センター

医療機関名:

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号

所在地:

TEL:022(717)7131(直通)

電話番号:

FAX:022(717)7132(直通)

FAX番号:

医師氏名:

※救急患者さんにつきましては、この申込書を使用せず該当診療科または地域医療連携センター(022-717-7131)にお問い合わせください。

※予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日含む)のお申込みについては、原則として翌診療日の対応となります。

※再診予約及び入院を要する患者さんにつきましては、直接該当診療科にお問い合わせください。

【当院使用】 同日2科受診 / 新患担当医診察了承済 / Dr同士連絡済 / 外来確認済 / 血・免 / 眼特殊 / 眼一般 / 産I / 産II

【患者情報】 ※太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。

Table with patient information fields: フリガナ, 氏名, 性別, 生年月日, 住所, 電話, 携帯番号, 傷病名(主訴) 紹介目的.

※セカンドオピニオン外来(治療ではなく、相談のみ。全額自費)をご希望の場合は、この申込書で予約はお取り出来ません。TEL022-717-8885へお問い合わせください。

Q. 当院受診時に入院中ですか はい・いいえ 「はい」の場合 → 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。

※当院記入欄

総診・循内・感染・腎高・血免・糖代・消内・加老 漢内・心内・呼内・腫瘍・総外・心外・整形・形成 呼外・麻酔・婦人・産科・泌尿・神内・脳外・精神 小児・小外・皮膚・眼科・耳鼻・肢リハ・てんかん 内リハ・高次・放治・放診・産業

/ () :

【保険情報】 ※保険証等の写しを添付いただいた場合は記載不要です。

保険情報添付 有・無

被保険者証(国保・社保・その他)

Table for insurance information: 保険者番号, 記号・番号, 被保険者氏名, 本人/家族, 負担割合, 1・2・3割負担

後期高齢者医療受給者証

公費負担医療受給者証

Table for public fee insurance: 保険者番号, 被保険者番号, 負担割合, 1・3割負担, 公費負担番号, 公費受給者番号

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

※本申込書は2枚1組となっております。2枚目の診療科一覧で受診する診療科のコードナンバーに○をつけてください。

(H30.5更新)

※2枚目につづく

【受診希望診療科】…受診する診療科のコードナンバーに○をつけてください。

色付きの診療科は完全予約制

氏名: _____ 様

※ ★ 「予約申込時」情報提供書のFAXが必要な診療科

※ 太枠 …情報提供書のFAXが必要な診療科

※ ★太枠以外でも診療科からの要望で情報提供書を事前にFAXしていただく場合がありますのでご了承ください。

※ 下記の表に記載されている曜日は診療予約受付日ですので、新患日とは異なる場合がございます。

(H30.5更新)

Table with columns: 受診コードNo, 科名, 受診療付予日約, 科名, 受診療付予日約, 科名, 受診療付予日約. Contains detailed medical department information including codes, names, and appointment days.

※1 診断書外来(火)へのお申込みの場合は、B型・C型肝炎用診療情報提供書も合わせてお送りください。(P. 10)

※2 依頼書(兼)診療情報提供書も合わせてお送りください。(P. 11) ※3 依頼書(兼)診療情報提供書も合わせてお送りください。(P. 12)

※電話番号が書かれている診療科は、各診療科に直接お問い合わせください。

フットセンター: 022-717-7748 / 172 緩和医療科: 022-717-7768 / 412 遺伝科: 022-717-7744 / 711 WOCセンター: 022-717-7652

【受診希望日】 □希望日なし(いつでも可※最短の日時ご予約)

Form for appointment dates: ◎第1希望 (月 日) () ◎第2希望 (月 日) () ◎第3希望 (月 日) ()

※本申込書は2枚1組となっております。こちらの一覧から受診する診療科のコードナンバーに○をつけてください。



東北大学病院

FAX番号 022(717)7132

FAX送信票 / 東北大学病院 歯科部門 診療予約申込書

送信日 平成 年 月 日

【送信元】

【送信先】 東北大学病院地域医療連携センター

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号
TEL 022 (717) 7131 (直通)
FAX 022 (717) 7132 (直通)

医療機関名：
所在地：
電話番号：
FAX番号：
医師氏名：

(連絡担当者：)

色付きの診療科は完全予約制

※太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。

※予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日含む)のお申込みについては、原則として翌診療日の対応となります。

※再診予約及び救急や入院を要する患者さんにつきましては、この申込書を使用せず直接該当診療科にお問い合わせください。

【患者情報】

フリガナ							大正	※お間違のないようご記入ください。			
氏名 (旧姓:)	様	性別	男・女	生年月日	昭和	平成	年	月	日	歳	
住所	〒 -										
電話	()			東北大 受診歴	無 ・ 有		(医科		科)		
携帯番号	()							(歯科		科)	
傷病名(主訴) 紹介目的											
Q. 当院受診時に入院中ですか はい ・ いいえ 「はい」の場合 → 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。											

【保険情報】 ※保険証等の写しを添付いただいた場合は記載不要です。 保険情報添付 有 ・ 無

被保険者証 (国保 ・ 社保 ・ その他)

保険者番号				本人	負担割合	1 ・ 2 ・ 3 割負担
記号・番号				家族		
被保険者氏名						

後期高齢者医療受給者証

公費負担医療受給者証

保険者番号	負担割合	1 ・ 3 割負担	公費負担番号
被保険者番号			公費受給者番号

【受診希望診療科】 …… 受診する診療科のコードナンバーに○をつけてください。

診療科が不明の場合は、口腔診断科(811-1)に○をつけてください。

(H 30.5更新)

コード No.	801	802	803	804	805	811-1	811-2	813-1	813-2	813-3	814	821	835	822	823	834	836	881	841	861	871	891
科名	予防歯科	矯正歯科	小児歯科	咬合機能成育室	歯科インプラントセンター	口腔診断科	★口腔診断科(CT/CBCT) ★下記※欄も記入願います	歯科顎口腔外科 (拔牙・小手術)	顎関節・口腔顔面痛 (顎関節・口腔外科)	歯科顎口腔外科 (その他)	歯科麻酔疼痛管理科	歯内療法科	歯周病科	保存修復科	咬合修復科	咬合回復科	口腔機能回復科	高齢者歯科治療部	総合歯科診療部	顎口腔機能治療部	障害者歯科治療部	顎顔面口腔再建治療部
診療予約日	月・木	月・金	月・金	月	月・金	月・金	月・金	月・水・金	月・水・金	月・水・金	月・火・水・金	※月は奇数日のみ 月・火・木	※月は偶数日のみ 火・水・金	火・水・金	月・木	月・水・金	月・水・金	月・金	火	火・水・金	火・水・金	火・木

注) 上記の表に記載されている曜日は診療予約受付日ですので、新患日とは異なる場合がございます。

【受診希望日】 希望日なし(いつでも可) ※最短の日時でご予約をお取りします。

◎第1希望	月 日 ()	◎第2希望	月 日 ()	◎第3希望	月 日 ()
	(:)		(:)		(:)

※811-2口腔診断科(CT/CBCT)ご希望の方は下記の記入もお願いします。(30分ほどをめやすにご連絡をいたします。)

依頼検査種別	CT ・ コーンビームCT ・ どちらでも (コーンビームCTは午後のみ撮影となります。)
撮影目的	インプラント(上顎・下顎・上下顎)・その他()
女性の場合	妊娠 なし ・ あり (週)

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

CT / CBCT 連絡票 (兼) 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関等名

紹介元医療機関所在地：〒

東北大学病院

口腔診断科 担当医 宛

名称・電話番号：

歯科医師氏名：

㊞

予約内容	CT 撮影予約 午前・午後 (受付・撮影前診察がありますので、予約時間が午前中の方は撮影予約の60分前まで、午後の方は40分前までにご来院ください。)	コーンビームCT 月 日 () 時 分
患者氏名・性別 患者住所 電話番号 生年月日	様 男性 女性 年 月 日 (歳) 職業	
既往歴および家族歴	心臓ペースメーカー装着 有 無	
紹介目的	CT / コーンビーム CT 撮影依頼	
撮影希望部位	上顎 下顎 上下顎	
インプラント 予定部位		
埋入予定 インプラント	メーカー 製品名	
ステント	あり なし	
添付パノラマ	あり なし	
SimPlant シミュレーション	要 不要	
経過、処置、現在の処方、その他（インプラント目的以外の場合は詳しくご記入ください。）		

※診療予約票兼診療申込書と一緒に患者さんにお渡し頂き、来院日に総合案内に出すようご説明をお願いします。

※インプラントの場合は私費での撮影となりますので、約 35,000 円となります。

東北大学病院 地域医療連携センター TEL (022)717-7131
FAX (022)717-7132

東北大学病院

紹介元医療機関の所在地および名称

B型・C型肝炎用

診療情報提供書

診療予約申込書と一緒に

FAXしてください

FAX 022-717-7132

月～金 8:30～17:00

(祝日・年末年始を除く)

記入日		月	日
医療機関名			
住所			
電話番号			
医師氏名		印	

フリガナ		性別	男 ・ 女	職業	
患者氏名					
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	(歳)
住所		電話番号			

病名	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他・不明 ()
肝疾患への現在の処方	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 肝庇護薬 (<input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー、 <input type="checkbox"/> ウルソ) <input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴・家族歴 合併症など	

検査結果 (検査済み項目の□欄に✓をいれてください)	(検査日)
----------------------------	--------

「B型肝炎について」 <input type="checkbox"/> HBs 抗原 陽性 ・ 陰性 <input type="checkbox"/> HBs 抗体 陽性 ・ 陰性 ・ 未検 <input type="checkbox"/> HBc 抗体 陽性 ・ 陰性 ・ 未検 <input type="checkbox"/> HBe 抗原 陽性 ・ 陰性 ・ 未検 <input type="checkbox"/> HBe 抗体 陽性 ・ 陰性 ・ 未検 <input type="checkbox"/> HBV-DNA () log copies/mL ・ () IU/mL ・ 陰性 ・ 未検	「C型肝炎について」 <input type="checkbox"/> HCV 抗体 陽性 ・ 陰性 <input type="checkbox"/> HCV-RNA () log IU/mL ・ 陰性 ・ 未検 <input type="checkbox"/> HCV コア抗原 陽性 ・ 陰性 ・ 未検 検査結果・画像等があれば添付してください
--	--

紹介目的と今後の診療連携に関する希望 (希望する項目の□に✓をいれてください) <input type="checkbox"/> 東北大学病院での判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい) <input type="checkbox"/> 東北大学病院で肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療 (東北大・自院両方へ通院) <input type="checkbox"/> その他 ()

備考

加齢画像外来検査依頼書(兼)診療情報提供書

【送信先】 送信日 平成 年 月 日
 東北大学病院地域医療連携センター
 〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号
 TEL 022 (717) 7131 (直通)
 FAX 022 (717) 7132 (直通)

【送信元】 医療機関名：
 所在地：
 電話番号：
 FAX番号：
 医師氏名：

※診療予約申込書と一緒に送付ください。
 ※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		性別	男・女
氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
緊急連絡先			

▼疾患名に○をつけてください(原則として以下の保険適応疾患を受付けます)

- ・認知症
- ・パーキンソン症候群
- ・脳血管障害・動脈瘤
- ・骨粗鬆症・フレイル
- ・その他 [疾患名:]

▼以下に依頼内容をご記入ください

▼希望の検査に☑をつけてください

- 脳MRI + 統計解析(VSRAD) + MRA
- 脳血流SPECT + 統計画像(3D-SSP)
- DAT scan
- 心筋MIBGシンチグラム
- 骨密度・筋肉量(DXA)
- おまかせセット:担当医が診断に必要な画像検査を組みます
- その他[具体的に:]

▼下記の該当項目に○をつけてください(必須)

- ・心臓ペースメーカーなど体内に金属がありますか? はい ・ いいえ
- ・ヨード過敏症がありますか? はい ・ いいえ

▼患者さんへの結果説明の希望 あり ・ なし(画像供与と返書のみ)

※下記項目は、当院で記入します。

予約日時	月 日 () AM・PM :	患者ID	- -
------	-----------------	------	-----

FDG PET 検査依頼書(兼)診療情報提供書

【送信先】 送信日 平成 年 月 日
東北大学病院地域医療連携センター
 〒 980-8574 仙台市青葉区星陵町 1 番 1 号
 TEL 022 (717) 7131 (直通)
 FAX 022 (717) 7132 (直通)

【送信元】 医療機関名：
 所在地：
 電話番号：
 FAX 番号：
 医師氏名：

※診療予約申込書と一緒にご送付ください。

折り返し30分程度でPET検査連絡票をお送りいたしますので患者さんにお渡し願います。

※ PET 検査連絡票に患者さんへの注意事項を記載しておりますので、お手数ではございますが、主治医の先生より、患者さんへご説明くださいますようお願いいたします。

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		性別	男・女
氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	体重	(必須)
緊急連絡先			kg

▼ 疾患名に○をつけてください (原則として以下の保険適応疾患を受付けます)

- ・てんかん
- ・虚血性心疾患
- ・悪性新生物 (早期胃癌を除く)

[疾患名：]

▼ 下記の該当項目に○をつけてください (必須)

- ・糖尿病を合併していますか？ はい ・ いいえ
- ・妊産婦、授乳中である可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- ・心臓ペースメーカーを装着していますか？ はい ・ いいえ

▼ 以下に依頼内容をご記入ください

※下記項目は、当院で記入します。

予約日時	月 日 () AM・PM :	患者 ID	— —
------	-----------------	-------	-----

東北大学病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として32,400円を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名

㊞

患者さん情報	フリガナ		男・女
	氏名		
	当院受診歴の有無	(有・無)	
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 —	
	連絡先	TEL ()	FAX ()
相談に来られる方	本人・家族(続柄:)		
相談者情報 ※日中連絡の取れる連絡先 をご記入ください	フリガナ		
	氏名		
	連絡先	TEL ()	FAX ()
疾患名	#1 #2 #3		
相談の 具体的な内容			
受診希望診療科			
紹介元医療機関	科		病院 診療所 先生

【同意書】 ※ご家族のみで相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私(患者さん氏名) _____ は、(相談者) _____ に対して、貴院担当医が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者さん氏名 _____ ㊞

【送付先】東北大学病院 地域医療連携課地域医療支援係

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1番1号 TEL:022(717)8885 FAX:022(717)8886

※以下は記載しないでください。

予約日時 : 平成 年 月 日 () 時 分 ~ () 科
() 先生

