

予約申込みのご案内

令和2年11月更新

**お電話でご希望の診療科をお知らせください
その場で予約日時をお返事いたします**

※日時確定後は、診療予約申込書のFAXをお願いします。

ご予約の際は以下のフリーダイヤルをご利用ください

0120-201273

ご紹介元の先生

1

フリーダイヤルにて予約日時を決定します。決定後、地連センターに患者情報を記載した「診療予約申込書」をFAX(022-717-7132)してください
(FAXのみの受付も可能です)

地連センター

2

予約票を折り返しFAXいたします

患者さん

4

予約日時に保険証・紹介状・予約票を持参し外来を受診します

ご紹介元の先生

3

患者さんへ紹介状と予約票をお渡しください

**※救急患者さんにつきましては、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。

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/>

地域医療連携センター

[予約専用フリーダイヤル] 0120-201273(平日8:30~17:00)

[直通連絡先] TEL 022-717-7131 FAX 022-717-7132

[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 P8、9 歯科 P10

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目的として予約制を導入しています。

診療予約受付の流れ

①フリーダイヤル（0120-201273）にて予約日時を決定します。

決定後、地域医療連携センターに患者情報を記載した「診療予約申込書」を FAX（022-717-7132）してください。（※ FAX のみの受付も可能です。）

②紹介元医療機関に「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診療予約票の太枠内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（お持ちの方）、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）を持参するようお願いください。

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ください。

▶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。（P6～7に各診療科の直通番号記載）

▶セカンドオピニオン、遺伝子パネル検査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、次ページをご覧ください。



がんゲノム検査予約のご案内

申込書⇒ P11 がん遺伝子パネル検査診療情報提供書⇒ P16～19

予約受付の流れ

1. 地域医療連携センター（がんゲノム検査予約担当）に患者情報を記載した「がんゲノム検査予約申込書」と「診療情報提供書」、「がん遺伝子パネル検査診療情報提供書」を、FAX（022-717-8663）してください。
2. 予約日時決定後、紹介元医療機関に「診療予約票」を返送いたします。
※日程調整にお時間をいただく場合がございますので、予約票の返送には数日かかる場合がございます。ご了承ください。
3. 患者さんへ「診療予約票」をお渡しください。
4. 診療予約票にある太枠内を記入するようご説明をお願いします。
予約当日以下の物を持参するようお願いください。
 - ① 診療予約票
 - ② 診療情報提供書
 - ③ がん遺伝子パネル検査診療情報提供書
 - ④ CT 画像、採血データ（直近のものをお願いいたします）
 - ⑤ 組織検体（腫瘍含有率が20%以上のもの）
 - ⑥ 病理レポート
 - ⑦ 各種検査結果（CD-R、DVD 等）
 - ⑧ 健康保険証、各種受給者証（お持ちの方）
 - ⑨ お薬手帳
 - ⑩ 診察券（当院の診察券をお持ちの方）

※詳細については個別化医療センターホームページをご覧ください。

○東北大学病院 個別化医療センター

<http://www.p-mec.hosp.tohoku.ac.jp/>

※がんゲノム検査予約の問い合わせ

地域医療連携センター（がんゲノム検査予約担当）

TEL：022-717-8885

FAX：022-717-8663

セカンドオピニオン外来のご案内

申込書⇒ P20

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、診断内容や治療方法に関して、当院の専門医が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法を選ぶ際の参考にしていただくことを目的としています。

また、当院では、ご来院いただいての対面によるセカンドオピニオンの他、遠隔地からでも当院の専門医のセカンドオピニオンが受けられるよう「オンラインセカンドオピニオン」も提供しています。

受診の対象となる方

患者さんご本人からの相談を原則といたしますが、申込書の同意書欄にご本人の署名をいただければご家族だけでの相談も可能です。なお、患者さんが18歳未満の場合には、必ずしも同意書を必要としませんが、続柄を確認できる書類（健康保険証など）を対面によるセカンドオピニオンの場合は当日持参、オンラインセカンドオピニオンの場合は、申込書類一式と一緒に控えを郵送してください。

担当医師と相談時間

担当医師は、専門性を考慮して当方で決定いたします。

相談時間は、おひとりにつき1時間です。45分間にわたって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。

相談費用

セカンドオピニオン外来は自由診療で行われます。主治医への報告書の作成費を含め、対面によるセカンドオピニオンは30,000円（税込33,000円）をご相談当日、ご相談前にお支払いいただきます。オンラインセカンドオピニオンは40,000円（税込44,000円）をご登録いただいたクレジットカードより決済させていただきます。

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からの資料の範囲で判断することになりますので、検査データなどが必要です。

1. セカンドオピニオン外来申込書

2. 相談者がご本人以外の場合、申込書「同意書」(申込書の同意書欄)

ただし、患者さんが18歳未満の場合は、必ずしも同意書を必要としないが、続柄を確認できる書類（健康保険証など）

3. 診療情報提供書

4. 検査資料（CD-R 可）

血液検査の結果、超音波検査の結果と画像、レントゲン検査、MRI 検査、CT 検査の結果、病理検査の報告書など

お申込み方法

対面によるセカンドオピニオン・オンラインセカンドオピニオン（てんかん以外）

完全予約制となっておりますので、まずは、地域医療連携センター（セカンドオピニオン担当）まで、お電話ください。その後、「セカンドオピニオン外来申込書」、「診療情報提供書」、「検査資料」を郵送にて地域医療連携センター（セカンドオピニオン担当）宛にお送りください。

てんかんオンラインセカンドオピニオン外来

こちらは Web 上でのお申込みとなりますので、詳しくは当院ホームページをご覧ください。

○東北大学病院 <https://www.hosp.tohoku.ac.jp/>

※セカンドオピニオンの問い合わせ

地域医療連携センター（セカンドオピニオン担当）

TEL.022-717-8885

地域医療連携センター経由 診療予約新患日一覧

【令和2年11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00分

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 (下部消化管) TEL 022-717-7740	下部消化管:水・木
001. 産業衛生外来 TEL 022-714-7160	水・金/午後	101. 総合外科 (乳腺・内分泌) TEL 022-717-7742	乳腺:月・水・木 甲状腺:火・金
011. 循環器内科 TEL 022-717-7728	火～金	131. 心臓血管外科 TEL 022-717-7743	木・金
012. 総合感染症科 TEL 022-717-7766	月・木	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
021. 腎・高血圧・内分泌科 TEL 022-717-7778	月・水・金	151. 形成外科 TEL 022-717-7748	一般外来:木・金 唇裂新患カウンセリング:火・金(予約制) 眼瞼下垂:火(予約制)
023. 血液内科 TEL 022-717-7730	水・金	※唇裂新患カウンセリング 眼瞼下垂は予約制	
024. リウマチ膠原病内科 TEL 022-717-7730	水・金	161. 呼吸器外科 TEL 022-717-7877	月～金
031. 糖尿病代謝科 TEL 022-717-7779	火・金	171. 麻酔科 TEL 022-717-7760	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 上部消化管外来:月・火・木 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:火 もの忘れ外来:火・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	月～金
051. 心療内科 TEL 022-717-7734	月・水	221. 泌尿器科 TEL 022-717-7756	月・水・金
061. 呼吸器内科 TEL 022-717-7875	月～金	311. 脳神経内科 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
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 臓器移植新患:月～金	331. 精神科 TEL 022-717-7737	月・水・金 ※12歳以下の患者さんにつきましては、直接外来にお問い合わせください。
101. 総合外科 (上部消化管・血管) TEL 022-717-7742	食道:水 胃:水・木 (予約制) 肥満・糖尿病:水・木(予約制) 血管:月・火		
※胃、肥満・糖尿病は予約制			

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	一般外来:木 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	直接診療科へ
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 網膜外来: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:火・木
531. 耳鼻咽喉・頭頸部外科 TEL 022-717-7755	一般外来:月・水・金 頭頸部腫瘍センター:月～金 嚥下治療センター:金 新生児スクリーニング:水

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・金
611. 放射線治療科 TEL 022-717-7732	月・火・金 甲状腺コード治療専門外来:木
612. 放射線診断科 TEL 022-717-7732	月・水 PET:月～金 骨シンチ: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	火
802. 矯正歯科 TEL 022-717-8376	月～金
803. 小児歯科 TEL 022-717-8384	月～金
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	抜歯・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 TEL 022-717-8352 (歯科顎口腔外科)	火・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・水
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



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 令和 年 月 日

【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

予約専用フリーダイヤル:0120-201273

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:

(連絡担当者:)

※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。

※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 / 眼特殊 / 眼一般

【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。

フリガナ		性別		生年月日	大正・昭和 平成・令和	※間違えのないようご記入ください。
氏名 (旧姓:)	様	男・女				年 月 日 歳
住所	〒 国 籍 日本 ・ 日本以外()					
電話	()	東北大受診歴	無・有(科)			
携帯番号	()	来院時の状態	歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャー			
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)、遺伝子パネル検査をご希望の場合は、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・循環・感染・腎高・血内・リ膠・糖代・消内・加老・漢内・心内・呼内・腫瘍・総外(肝胆)・総外(上部)・総外(下部)・総外(乳腺)・心外・整形
形成・呼外・麻酔・婦人・産科・泌尿・脳内・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

《下記にチェックをお願いします》

☐ フリーダイヤルにて予約確定済	予約日時: 月 日 () :
☐ フリーダイヤルにて予約なし	



※フリーダイヤルにて予約日時が決定していない場合は下記の受診希望日をご記入ください。

【受診希望日】 ☐ 申込日の翌日の予約でも可

☐ 希望日なし(いつでも可※最短の日時でご予約)

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

※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

※ **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。

(令和2年11月更新)

コード No	001	011	012	021-1	021-2	023	024	031	032-1	032-2	032-3	032-4	032-5	041-1	041-2	041-3	042	051	061	062	101-1	101-2	101-3	101-4	101-5	101-6
科 名	総合診療科	循環器内科	総合感染症科	腎・高血圧・内分泌科 (腎臓・高血圧・一般)	腎・高血圧・内分泌科 (内分泌)	血液内科	リウマチ膠原病内科	糖尿病代謝科	消化器内科(一般)	消化器内科 (上部消化管外来)	消化器内科 (大腸院外新患外来)	消化器内科 (脾・胆道院外新患外来)	消化器内科 (肝院外新患外来) ※1	加齢・老年病科 (老年内科外来)	加齢・老年病科 (もの忘れ外来)	加齢・老年病科 (加齢画像外来) ※2	漢方内科	心療内科	呼吸器内科	腫瘍内科	総合外科 (肝胆膵移植グループ新患)	総合外科 (臓器移植新患)	総合外科 (食道)	総合外科 (胃)	総合外科 (肥満・糖尿病)	総合外科 (血管)
受診 療付 予 日約	月・金	火・金	月・木	月・水・金	月・水・金	水・金	水・金	火・金	火・金	月・火・木	火・金	火・木・金	火・金	火	火・水	木・金	月・水・金	月・水	月・金	月	火・金	月・金	水	水・木	水・木	月・火
コード No	101-7	101-8	101-9	131	141-1	141-2	141-3	141-4	141-5	151-1	151-2	151-3	161	171	211-1	211-2	211-3	212	221	311	321	542	331	411-1	411-2	411-3
科 名	総合外科(下部消化管)	総合外科(乳腺)	総合外科(甲状腺)	心臓血管外科	整形外科 (整形外科・神経筋)	整形外科 (整形外科・神経筋)	整形外科 (整形外科・神経筋)	整形外科 (整形外科・骨代謝)	整形外科 (整形外科・足)	形成外科(一般)	形成外科 (形成外科・口蓋裂初診)	形成外科 (形成外科・下垂外)	呼吸器外科	麻酔科	婦人科 (悪性腫瘍)	婦人科 (不妊症・内分泌)	婦人科 (その他)	産科	泌尿器科	脳神経内科	脳神経外科	てんかん科	精神科 ※3	小児科(一般)	小児科 (小児科・内分泌・骨疾患)	小児科 (小児科・神経・筋)
受診 療付 予 日約	水・木	月・水・木	火・金	木・金	月	火	水	木	金	木・金	火・金	火(午後)	月・金	月・水	火・木	月・水	月・水	月・水	月・水・金	火・木	月・木	火・金	月・水・金	木	月・水・木・金	月・木
コード No	411-4	411-5	411-6	411-7	411-8	411-9	413	511	521-1	521-2	521-3	521-4	521-5	521-6	531-1	531-2	531-3	531-4	541	543	544	611	612	612-1	612-2	001
科 名	小児科(発達支援)	小児科(循環器)	小児科(腎臓)	小児科(新生児)	小児科 (血液・腫瘍・免疫)	小児科 (先天性代謝異常)	小児科	皮膚科	眼科(一般)	眼科 (網膜・ぶどう膜のみ)	眼科 (緑内障サージカル)	眼科 (緑内障メデイカル)	眼科 (神経・斜視)	眼科 (角膜・ドライアイ)	耳鼻咽喉・頭頸部外科 (一般)	耳鼻咽喉・頭頸部外科 (頭頸部腫瘍センター)	耳鼻咽喉・頭頸部外科 (嚥下治療センター)	耳鼻咽喉・頭頸部外科 (新生児スクリーニング)	リハビリテーション科	リハビリテーション科	高次脳機能障害科	放射線治療科 ※木は甲状腺ヨード治療専門外来	放射線診断科	放射線診断科(PET) ※2	放射線診断科(骨シンチ) ※4	産業衛生外来
受診 療付 予 日約	022 (717) 7744	月・木	水・木	火・金	月・水・木・金	火・金	月・木	月・火・水・金	月・金	月・木・金	火	月・金	水	火・木	月・水・金	月・金	金	水	月・水・木・金	月・水・木・金	月・水・金	月・火・木・金	月・水	月・金	月・金	水・金
紹介先医師の希望 () 先生																										

※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。

※2 依頼書(兼)診療情報提供書も合わせてお送りください。

※3 精神科に12歳以下の患者さんをご紹介いただく際は直接外来にお問い合わせください。331.精神科:022-717-7737

※4 予約申込書と同時に診療情報提供書をお送りください。

※ 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 / 422.小児腫瘍科:022-717-7878 / 711.WOCセンター:022-717-7652



東北大学病院
送信日 令和 年 月 日

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
予約専用フリーダイヤル：0120-201273
TEL 022 (717) 7131 (直通)
FAX 022 (717) 7132 (直通)

色付きの診療科は完全予約制

【送信元】

医療機関名：
所在地：
電話番号：
FAX番号：
医師氏名：

(連絡担当者：)

※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							※お間違え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	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 歳		
住所	〒 ー 国 籍 日本・日本以外()							
電話	()			東北大 受診歴	無・有 (医科 科 歯科 科)			
携帯電話	()							
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。								

【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。

(令和2年11月更新)

コード No.	801	802	803	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	歯科 イン プラント センタ ー	口腔 診断 科	★下記※欄も記入願 います 口腔診断科(CT/CBCT)	歯科 顎口 腔外 科 (抜歯・ 小手術)	歯科 顎口 腔外 科 (顎関 節・口 腔顔 面痛)	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
受診 療予 日約	火	月 金	月 金	月 金	月 金	月 金	月 金	木・ 月・ 金・ 水	月 金	火・ 木・ 金	※月・ 火・ 木 のみ ※月・ 火・ 木 のみ	※月・ 火・ 木 のみ	火・ 金	火・ 金	月・ 木	月・ 水・ 金	月 金	火・ 水	火・ 水・ 金	火・ 水・ 金	火・ 木

※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。

《下記にチェックをお願いします》

☐ フリーダイヤルにて予約確定済	予約日時： 月 日 () :
☐ フリーダイヤルにて予約なし	

※フリーダイヤルにて予約日時が決定していない場合は下記の受診希望日をご記入ください。

【受診希望日】 □申込日の翌日の予約でも可

□希望日なし(いつでも可※最短の日時でご予約)

◎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は午後からのみの撮影となります。)
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)



東北大学病院

FAX番号022(717)8663

(令和2年10月現在)

FAX送信票／東北大学病院

がんゲノム検査 予約申込書

送信日 令和 年 月 日

【送信先】東北大学病院

地域医療連携センター(がんゲノム検査予約担当)

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号

TEL:022(717)8885(直通)

FAX:022(717)8663(直通)

【送信元】

医療機関名:

所在地:

電話番号:

FAX番号:

医師氏名:

(連絡担当者:)

【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。

フリガナ		性別	生年	大正・昭和	※お間違えのないようご記入ください。
氏名 (旧姓:)	様	男・女	年月日	平成・令和	年 月 日 歳
住所	〒 ー 国 籍 日本 ・ 日本以外()				
電話	()	東北大学受診歴	無・有(科)		
携帯番号	()	来院時の状態	歩行可・車イス・ストレッチャー		
傷病名(主訴) 紹介目的	※該当する方に○を付けてください。(保険診療 / 自由診療)				
※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。					
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。					

※対象疾患名に○をつけてください。

コード No.	対象疾患名	科名	診療予約 受付日
032	肝臓癌	消化器内科	火・金
061	肺癌 / 胸膜中皮腫 / 胸腺腫 / 胸腺癌	呼吸器内科	月～金
062	食道癌 / 胃癌 / 大腸癌 / 膵癌 / 胆管癌 / 肉腫 / 頭頸部癌 / 原発不明癌	腫瘍内科	月・火・木・金
101	乳癌	総合外科 (乳腺)	月・水
211	卵巣癌 / 子宮頸癌 / 子宮体癌 / 女性生殖器系全般	婦人科	火
221	前立腺癌 / 腎癌 / 膀胱・尿管癌 / 男性生殖器系全般	泌尿器科	木
321	脳腫瘍全般	脳神経外科	火
411	小児腫瘍全般	小児科	金
511	悪性黒色腫 / 皮膚癌全般	皮膚科	火

・記載されている対象疾患以外の申込みについては、腫瘍内科に○を付けてください。

・日程調整にお時間をいただく場合がございますので、予約票送付には数日かかることがあります。ご了承ください。

※申込書に以下の書類を添付してFAXしてください。

□診療情報提供書 ・ □がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

※なお、以下の必要物をご準備していただいた上でお申込みください。

保険診療の場合 (①～⑤は当日持参してください)

- ①診療情報提供書(原本)
- ②がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(原本)
- ③CT画像、採血データ(直近のものをお願いいたします)
- ④組織検体(腫瘍含有率が20%以上のもの)
※検体の腫瘍含有率は診療情報提供書に必ずご記入ください
- ⑤病理レポート

自由診療の場合 (①～⑤は当日持参してください)

- ①診療情報提供書(原本)
- ②がん遺伝子パネル検査診療情報提供書(原本)
- ③CT画像、採血データ(直近のものをお願いいたします)
【ガーダント360以外をご希望の場合】
- ④組織検体(腫瘍含有率が20%以上のもの)
※検体の腫瘍含有率は診療情報提供書に必ずご記入ください
- ⑤病理レポート

【受診希望日】 □希望日なし(いつでも可※最短の日時でご予約)

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

CT / CBCT 連絡票（兼）診療情報提供書

令和 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 コーンビームCT 撮影予約 月 日 () 午前・午後 時 分 (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。)
患者氏名・性別	様 男性 女性
患者住所	
電話番号	
生年月日	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。）	

※患者さんにお渡しいただき、来院日にお持ちいただきますようご説明ください。

※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

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)

紹介元医療機関の所在地および名称

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	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)				
住所			電話番号		

病名	☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ その他・不明		
肝疾患への現在の処方	☐ 特になし ☐ 強力ネオミノファーゲンシー ☐ ウルソ ☐ その他 ()		
既往歴・家族歴など			

検査結果	(検査日)
------	--------

≪B 型肝炎≫

HBs 抗原：陽性 ・ 陰性

≪C 型肝炎≫

HCV 抗体：陽性 ・ 陰性

測定されていまして記載ください

☐ HBe抗原：陽性 ・ 陰性
 ☐ HBV-DNA定量： () log IU/mL ・ 陰性
☐ HCV-RNA定量： () log IU/mL ・ 陰性

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)

- ☐ 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)
☐ 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)
☐ 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 令和 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	大正・昭和・平成・令和 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 令和 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。

主治医の先生より、以下について患者さんへご説明くださいますようお願いいたします。

- FDG-PET検査では、FDG投与前6時間以上の絶食が必要です。飴、ガム、果物なども禁止です。
 水、お茶（糖分を含まないもの）については制限ありません。
- 糖尿病の患者さんは検査当日朝から絶食としてください。また、血糖降下薬・インシュリンを使用している場合は、検査当日の朝から薬の内服・投与を中止してください。ただし、長時間作用型インシュリンを使用中の場合は、検査時に作用が切れるように前日に中止してください。その他の内服薬は通常どおり服用してください。（詳細はFDG-PET【全身】検査注意事項をご確認ください）

※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	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	体重	(必須)
緊急連絡先			kg

▼ 保険適応の疾患名を記載してください

- ・ 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	— —
------	-----------------	-------	-----

がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

情報提供書は4枚となっております。項目に○をつけるか、空欄にご記入頂きますようお願いいたします。

診療料【 】 担当医師名【 】

患者情報

患 者 氏 名	【 】
住 所	【 】
電 話 番 号	【自宅： 携帯： 】※日中連絡がとれる番号を記載
生 年 月 日	【西暦 年 月 日（ 歳）】
性 別	男 女
既 往 歴	【 】
移 植 歴	無 有
ECOG PS	0 1 2 3 4
喫 煙 歴	無 有 →有の場合【喫煙年数： 年】【1日の本数： 本】
飲 酒 歴	無 有 →有の場合【 】を【 位／日】
が ん の 家 族 歴	無 有 →有の場合、記載してください。例：母、（罹患年齢）60歳、胃癌 【 】
HBsAg	陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査
HBs 抗体	陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査
HBV-DNA	Log IU/mL
HCV 抗体	低 中 高 不明 or 未検査
HCV-RNA	Log IU/mL

疾患情報

が ん 種 区 分	中枢神経系 / 脳 頭頸部 眼 肺 胸膜 胸腺 甲状腺 乳 食道 / 胃 十二指腸乳頭 腸 肝 胆道 脾 腎 副腎 膀胱 / 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮 子宮頸部 卵巣 / 卵管 膣 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髓系 リンパ系 末梢神経 その他（ ） ※ここで、肺・乳・食道 / 胃・腸・皮膚を選択した場合4ページ目に記載項目があります。
臨 床 病 期 分 類	【TNM 分類（UICC 第8版）： Stage： 】
病 理 診 断 名	【 】
診 断 日	【西暦 年 月 日】
転 移	無 有 不明
部 位	中枢神経系 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻 副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳 食道 胃 小腸 十二指腸乳頭部 虫垂 大腸 肝 胆道 脾 腎 腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頸部 卵巣 / 卵管 膣 皮膚 皮下 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜骨髓系 リンパ系 末梢神経系 原発不明 その他（ ）

多発がん（同一臓器）	無	有	不明
多発がん活動性	活動性	非活動性	不明
重複がん	無	有	不明
部位	中枢神経系／脳　頭頸部　眼　肺　胸膜　胸腺　甲状腺　乳 食道／胃　十二指腸乳頭　腸　肝　胆道　脾　腎 副腎　膀胱／尿管　前立腺　精巣　陰茎　子宮体部　子宮頸部 卵巣／卵管　膣　皮膚　骨　軟部組織　腹膜　骨髓系 リンパ系　末梢神経系　その他（ ）		
重複がん活動性	活動性	非活動性	不明

検体情報（検体がある場合のみ記載）

検体採取日	【西暦　　年　　月　　日】
検体採取方法	生検　手術　その他（ ）
検体採取部位	原発巣　転移巣　不明
部位	中枢神経系　脳　眼　口腔　咽頭　喉頭　鼻　副鼻腔 唾液腺　甲状腺　肺　胸膜　胸腺　乳　食道　胃　小腸 十二指腸乳頭部　虫垂　大腸　肝　胆道　脾　腎　腎盂 副腎　膀胱　尿管　前立腺　精巣　陰茎　子宮体部　子宮頸部 卵巣／卵管　膣　皮膚　皮下　骨　筋肉　軟部組織 腹膜　髄膜　骨髓系　リンパ系　末梢神経系　原発不明 その他（ ）
使用された固液体	☐ 10%中性緩衝ホルマリン ☐ その他（内容： ） ☐ 不明
固定に浸かるまでの時間	☐ 30分以下 ☐ 30分を越える ☐ 不明
固定時間	☐ ＜6時間 ☐ 6-12時間 ☐ 12-24時間 ☐ 24-48時間 ☐ 48時間＜ ☐ 不明
腫瘍含有率	【　　%】 必ず、記載してください。

手術、放射線治療、内視鏡治療などの治療歴がある場合は、内容・期間などを記載してください。
また、その他、特記事項がある場合、記載してください。

薬物療法情報

1次治療	レジメン名または投与薬剤名 【 】																		
	期 間		西暦		年		月		日		～	年		月		日			
	終了理由		1. 計画通り終了				2. 無効中止				3. 副作用等で中止								
			4. 本人希望で中止				5. その他理由で中止				6. 不明								
	最良総合効果		CR	PR	SD	PD	NE												
Grade3以上有害事象		無	有	→有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載。 []															
2次治療	レジメン名または投与薬剤名 【 】																		
	期 間		西暦		年		月		日		～	年		月		日			
	終了理由		1. 計画通り終了				2. 無効中止				3. 副作用等で中止								
			4. 本人希望で中止				5. その他理由で中止				6. 不明								
	最良総合効果		CR	PR	SD	PD	NE												
Grade3以上有害事象		無	有	→有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載。 []															
3次治療	レジメン名または投与薬剤名 【 】																		
	期 間		西暦		年		月		日		～	年		月		日			
	終了理由		1. 計画通り終了				2. 無効中止				3. 副作用等で中止								
			4. 本人希望で中止				5. その他理由で中止				6. 不明								
	最良総合効果		CR	PR	SD	PD	NE												
Grade3以上有害事象		無	有	→有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載。 []															
4次治療	レジメン名または投与薬剤名 【 】																		
	期 間		西暦		年		月		日		～	年		月		日			
	終了理由		1. 計画通り終了				2. 無効中止				3. 副作用等で中止								
			4. 本人希望で中止				5. その他理由で中止				6. 不明								
	最良総合効果		CR	PR	SD	PD	NE												
Grade3以上有害事象		無	有	→有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載。 []															
5次治療以降はこちらにご記載ください。																			

検査情報 全がん種

KRAS	陰性	陽性	その他 ()	未検査
------	----	----	---------	-----

がん腫区分で**食道 / 胃**もしくは**腸**を選択した場合、記載

KRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
KRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
KRAS 検 査 方 法	PCR-rSSO 法	その他	不明	
NRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
NRAS-type	codon12 codon117	codon13 codon146	codon59 不明	codon61
NRAS 検 査 方 法	PCR-rSSO 法	その他	不明	
HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性 (1+) 不明 or 未検査	境界域 (2+)	陽性 (3+)
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 or 未検査
EGFR (IHC)	陰性 (変異なし)	陽性 (変異あり)	判定不能	不明 or 未検査
BRAF (V600)	陰性 (変異なし)	陽性 (変異あり)	判定不能	不明 or 未検査

がん腫区分で**乳**を選択した場合、記載

HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性 (1+) 不明 or 未検査	境界域 (2+)	陽性 (3+)
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 or 未検査
ER	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PgR	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
gBRCA1	陰性 (変異なし)	陽性 (変異あり)	判定不能	不明 or 未検査
gBRCA2	陰性 (変異なし)	陽性 (変異あり)	判定不能	不明 or 未検査

がん腫区分で**皮膚**を選択した場合、記載

BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
---------------	----	----	------	-----------

がん腫区分で**肺**を選択した場合、記載

EGFR	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
EGFR-type	G719 L861Q	exon-19欠失 その他 ()	S768I 不明	T790M exon-20挿入 L858R
EGFR- 検 査 方 法	CobasV2	Therascreen	その他	不明
EGFR-TKI 耐 性 後 EGFR-T790M	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
ALK 融 合	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
ALK- 検査方法	IHC のみ RT-PCT+FISH	FISH のみ その他	IHC+FISH 不明	RT-PCR のみ
ROS1	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC) 検査方法	Nivolumab/Dako28-8 (BMS/ 小野) 不明		Pembrolizumab/Dako22C3 (Merck) その他	
PD-L1 (IHC) 陽性時	陽性率	%		
アスベスト曝露歴	無	有	不明	

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定められた金額を支払うことに
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。

令和 年 月 日 氏名 印

(R2.7月更新)

希望の方式	☐ 対面によるセカンドオピニオン		☐ オンラインセカンドオピニオン	
患者さん情報	フリガナ			男・女
	氏名 (旧姓)			
	当院受診歴の有無	(有・無)		
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 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、貴院担当医が(相談者) に対して、私の疾患に係る診断、
治療内容及び今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛に報告書を作成することに同意いたします。

令和 年 月 日

患者さん氏名 印

【送付先】東北大学病院 地域医療連携センター(セカンドオピニオン担当)
〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1番1号 TEL:022(717)8885

※以下は記載しないでください。

予約日時 : 令和 年 月 日 () 時 分 ~ () 科
() 先生

交通案内



〈各駐車場までの経路〉



仙台駅からのアクセス

■地下鉄

地下鉄南北線仙台駅から泉中央行きに乗りし、「北四番丁駅」下車
北2出口より八幡町方面へ徒歩約10分

■バス

JR仙台駅バスのりばから八幡町方面行きにご乗車いただき、「東北大学病院前」下車
所要時間約20分

■タクシー

仙台駅タクシーのりばより、所要時間約15分

■駐車場

第1駐車場 入構・出構ともに24時間可能
第2駐車場 入構・出構ともに24時間可能
第3駐車場 7:00～17:30
※平日のみ利用可能(出構は24時間可能)

院外の提携駐車場もご利用いただけます。
(タイムズ木町通 第3.4.5.6、タイムズ二日町 第8、
タイムズ仙台広瀬町、MA仙台ビル駐車場)

駐車場は大変混雑しておりますのでご来院される際には、なるべく公共交通機関をご利用ください。



東北大学病院

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号

平日[8:30～17:15]:TEL.022-717-7000

時間外・休診日:TEL.022-717-7024

発行:東北大学病院 地域医療連携センター

© 2020 東北大学病院

本誌に掲載されている内容の無断転載、転用及び複製等の行為はご遠慮ください