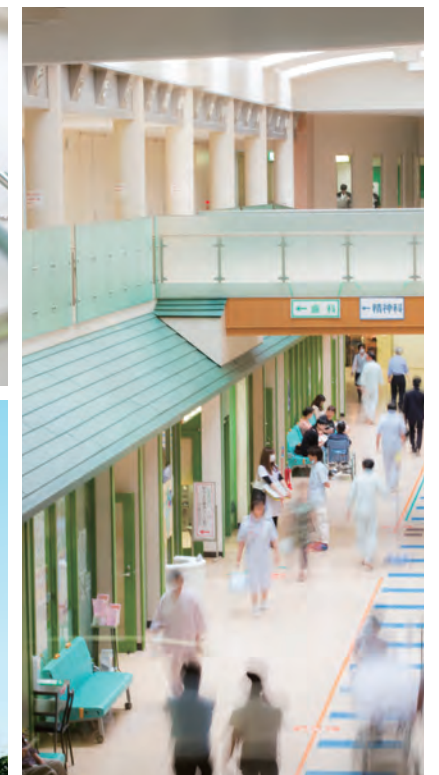


医療機関
専用

紹介患者予約申込み ご案内

東北大学病院 地域医療連携センター

2025年5月更新



〒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

©2024 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



紹介患者さんの 予約申込みについて

地域医療連携センター

TEL.022-717-7131

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)

- ご紹介患者さんの予約受付は、紹介元医療機関から直接お申込みいただいた場合に限りです。患者さんご本人からのお申込みは受付けておりません。
- 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までご連絡ください。(各診療科直通番号:P.7～8)

診療予約のご利用について

- 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。
- 一部の予約制でない診療科でも、状況によっては、当日受診が出来ない場合がありますので、なるべく事前に患者さんの予約申込みをいただくようお願いします。
- 予約の申込み方法については、オンライン予約システム又はフリーダイヤル/FAXにて受付しております。東北大学病院では医療DXを推進していく観点から、オンライン予約システムを推奨しております。
- 受診希望日から2日以内の予約は、前日14時までに地域医療連携センターへお電話で、ご連絡ください。(緊急時はこの限りではありません。)
- FAXによる、予約受付時間外(平日17:00以降、土曜・日曜・祝日・年末年始)の申込みについては、翌診療日の対応とさせていただきます。
- がん遺伝子パネル検査、セカンドオピニオン予約については該当ページをご確認ください。
○がんゲノム検査予約のご案内 ……………P.9 ○セカンドオピニオン外来のご案内 ……………P.10

画像データについて

ご紹介患者さんに画像データがある場合には、事前送付にご協力をお願いいたします。

画像データ
送付先

〒980-8574
仙台市青葉区星陵町1-1
東北大学病院
地域医療連携センター 前方支援担当

※ただし、予約日が直近となる場合は、配達の都合上、受診日に到着しない可能性があります。1週間以内の予約日の際は、患者さんにお渡しし、新患窓口に直接ご提出ください。

紹介患者 オンライン予約システム

病院HPから、紹介患者オンライン予約システムにログインし、予約日を確定、その場で予約票を印刷できます。

- メリット1 予約枠の空き状況を見ながら予約が取得できます
- メリット2 予約票がその場で印刷できるため、患者さんをお待たせしません
- メリット3 24時間365日、予約を取得できます

- 新規加入を希望される医療機関は、下記から申請をお願いします。

東北大学病院地域医療連携協議会加入申請フォーム

オンライン予約システムのご利用には、地域医療連携協議会の加入手続きが必要です。

加入申請フォームURL

<https://forms.gle/1p5q5dGU9dC8Fy1S9>

既会員で利用を希望される場合は、地域医療連携センターへご連絡ください。利用手続きに関する書類を送付いたします。

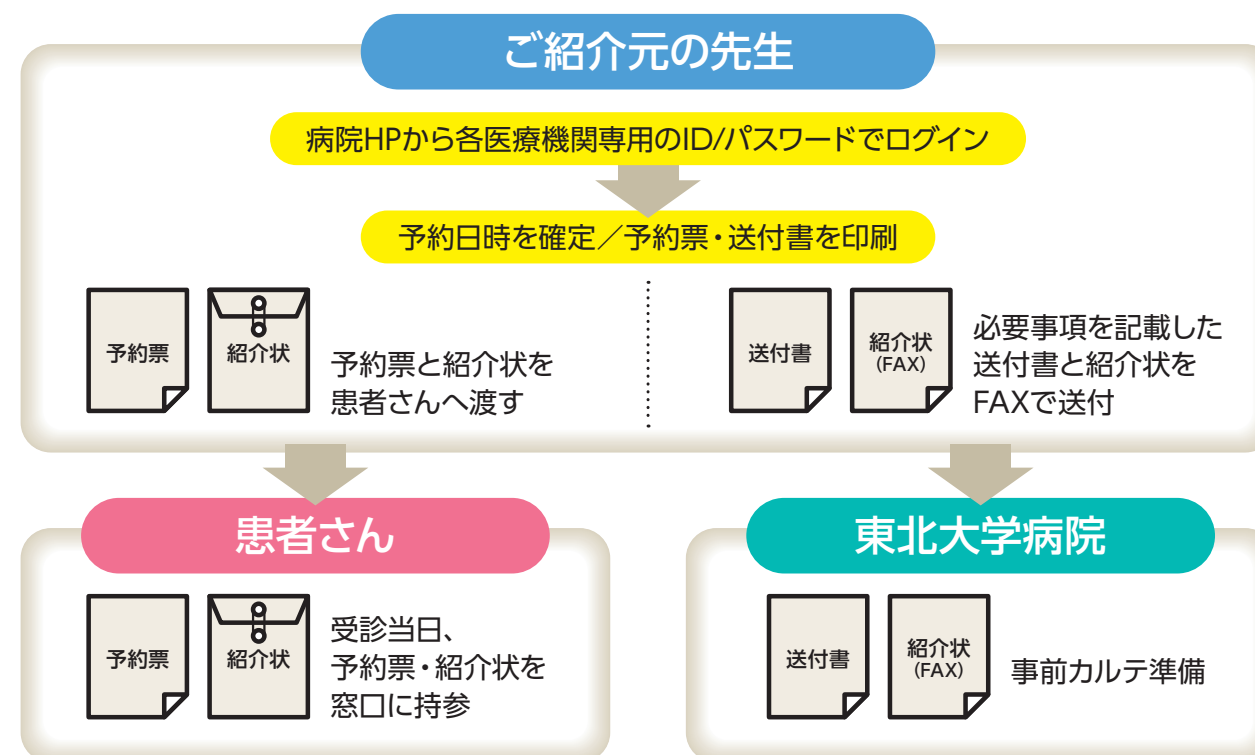


- 東北大学病院紹介患者オンライン予約システム (<https://www.yoyaku.hosp.tohoku.ac.jp/system/>) に接続するには、セキュリティ対策のため、接続用のパソコンにクライアント証明書をインストールする必要があります。

参考

厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版」(システム運用編)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001112044.pdf>
13.ネットワークに関する安全管理措置【遵守事項】⑥に記載のクライアント証明書による認証となります。

オンライン予約システム利用手順は当院ホームページからもご覧いただけます。
<https://www.hosp.tohoku.ac.jp/organization/008.html>



予約申込みの流れ

登録情報の設定

- 1 ユーザIDとパスワードでログインしてください

- 2 「登録情報」→「パスワード変更」から新しいパスワードを設定し入力してください
※パスワードに文字数等の制限はありません

- 3 予約確定時や定期メンテナンスの通知等のため、メールアドレスを登録してください

- 5 連続する2つのポップアップを確認し、OKをクリックしてください

- 6 事前送付書（医療機関用）と予約票（患者さん用）を印刷してください

予約の確認方法

予約の確認方法

- 予約一覧から、医療機関ごとに予約状況が確認できます

予約一覧													
紹介元医療機関 予約票印刷 (印刷済) 印刷済 東北大学病院確認状況 予約申請 (未確認) 確認済 取消申請 (未確認) 確認済													
予約票	予約日時変更	取り消し	予約状況	東北大学病院確認状況	予約申込日	予約日	時間	診療科	予約枠	患者カナ氏名	病名	予約番号	前予約番号
予約	予約	取消	予約	未	2025-05-08 14:08	2025-06-02	11:30	総合外科	乳腺新患	トウホク ハナコ	テスト医院08	25-00136	25-00133
取消	取消	取消	取消	未	2025-05-08 14:05	2025-05-19	08:50	泌尿器科	新患	トウホク シロウ	テスト医院08	25-00135	
予約	予約	取消	予約	未	2025-05-08 14:05	2025-05-13	09:00	呼吸器外科	新患	トウホク サブロー	テスト医院08	25-00134	
取消	取消	取消	取消	済	2025-05-08 14:05	2025-05-19	11:30	総合外科	乳腺新患	トウホク ハナコ	テスト医院08	25-00133	
予約	予約	取消	予約	未	2025-05-08 14:04	2025-05-14	09:00	血液内科	新患	トウホク ハナコ	テスト医院08	25-00132	
予約	予約	取消	予約	済	2025-05-08 14:03	2025-05-13	09:00	循環器内科	新患	トウホク タロウ	テスト医院08	25-00131	

- 背景色について

予約申請

取り消し申請

- 白／紹介元医療機関から予約申請
- 水色／東北大学病院にて予約処理完了
- ピンク／紹介元医療機関から取消申請
- グレー／東北大学病院にて取消処理完了

- 📄 予約票印刷済
- 📄 予約票印刷済
- 📅 予約日時変更
- 🗑️ 取り消し

※予約の取り消し、日時変更については、受診日の5日前までに（土日祝日、12/29～1/3を除く）、お願いします。
4日以内の変更取消は、直接、地域医療連携センターへご連絡ください。

- 7 書類について

- 事前送付書（医療機関用）

必要事項を記載の上、紹介状と一緒に地域医療連携センターへFAXしてください

- 診療予約票（患者さん用）

患者さんへお渡しください。
※診療科により枚数が異なりますのでご注意ください

操作方法

- 1 診療科を選択してください

- 2 予約枠を選択してください

- 3 予約したい日付と時間帯をカレンダーから選択してください

- 4 患者さんのカナ氏名を入力し「予約申請」をクリックしてください

よくあるご質問（FAQ）

Q1. 緊急紹介の場合はどうしたらよいですか？

A. 該当の診療科又は地域医療連携センターへご相談ください。

Q2. オンライン予約は全診療科対象ですか？

A. 一部、診療科の特性上、オンライン予約システムをご利用できません。
直接、地域医療連携センターへお申し込みください。

対象外診療科

加齢・老年病科（加齢画像枠）、麻酔科、脳神経外科、放射線治療科
臓器移植新患、産業衛生外来、睡眠医療センター、小児科の一部（発達支援）
顎口腔画像診断科（CT/CBCT）

Q3. FAX、フリーダイヤルでの予約は継続して利用できますか？

A. 当面は継続いたしますが、東北大学病院では、従来より迅速に予約手続きが完了できる
オンライン予約システムを推奨しております。

Q4. 予約申込み後、東北大学病院から患者さんへの 問い合わせが入ることはありますか？

A. 東北大学病院の都合で、予約日等の調整が必要な際は地域医療連携センターから
患者さんへご連絡いたします。予約票をお渡しする際に、その旨を患者さんへお伝えください。

Q5. 事前送付書はいつまでに送付すればよいですか？

A. 紹介状が準備出来次第、速やかに送付いただきますようお願いいたします。
ご準備の都合で事前送付書のFAX送信が遅くなる場合は地域医療連携センターへご連絡ください。

Q6. 紹介状は患者さんに渡す必要がありますか？

A. 原本は必ず患者さんにお渡しし、東北大学病院の受診日に持参するようにお伝えください。

Q7. クライアント証明書をインストールできません。

A. セキュリティ対策の一環として、お使いのPCへ制限がかかっている環境では、インストールが出来ない場合があります。
院内の情報担当者または外部の担当者様へご確認ください。
その他の理由でインストールが出来ない場合は地域医療連携センターまでご連絡ください。

Q8. オンライン予約システムにアクセスできません。

A. 利用されるPCへ、クライアント証明書をインストール後にご利用できます。
インストール後にアクセスできない場合はお手数ですが地域医療連携センターまでご連絡ください。

Q9. 院内の複数台のPCでオンライン予約システムを利用できますか？

A. それぞれのPCにクライアント証明書のインストールをすることで、
院内の複数台のPCでオンライン予約システムをご利用できます。

Q10. パスワードを忘れてしまった際はどうしたらよいですか？

A. 地域医療連携センターへご連絡ください。

紹介患者オンライン予約システムに関する問い合わせ先

東北大学病院地域医療連携センター
対応時間／平日8:30～17:00 TEL:022-717-7131・8885

※東北大学病院紹介患者オンライン予約システム (<https://www.yoyaku.hosp.tohoku.ac.jp/system/>) に接続するには、
接続用のパソコンにクライアント証明書をインストールする必要があります。

フリーダイヤル

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）

予約申込みの流れ

- 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
持参するようお伝えください。

ご紹介元の先生

フリーダイヤルにて予約日時を決定後、
地域医療連携センターへ
「診療予約申込書」をFAX



フリーダイヤル: **0120-201273**
FAX: **022-717-7132**

地域医療連携センター

予約票を
折り返しFAX



患者さん

受診当日、
予約票・紹介状を窓口を持参



ご紹介元の先生

予約票と紹介状を
患者さんへ渡す



地域医療連携センター経由 診療予約新患日一覧

【2024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 TEL 022-717-7509	月～金(原則予約制)	101. 総合外科(肝胆膵・移植) TEL 022-717-7740	肝胆膵移植新患:火・金 臓器移植新患:月～金
001. 産業衛生外来 TEL 022-714-7160	水・金／午後	101. 総合外科 (上部消化管・血管) TEL 022-717-7742 ※胃、鼠経腹壁ヘルニア、 肥満・糖尿病は予約制	食道:水・木 胃:水・木(予約制) 鼠径腹壁ヘルニア水・木(予約制) 肥満・糖尿病:水・木(予約制) 血管:月・火
011. 循環器内科 TEL 022-717-7728	月～金	101. 総合外科(下部消化管) TEL 022-717-7740	下部消化管:火・水・木
012. 総合感染症科 TEL 022-717-7766	月・木	101. 総合外科(乳腺・内分泌) TEL 022-717-7742	乳腺:月・水・木 甲状腺:火・金
021. 腎臓・高血圧内科 TEL 022-717-7778	月～金	413. 総合外科(小児外科) TEL 022-717-7758	月・木
023. 血液内科 TEL 022-717-7730	水・金	131. 心臓血管外科 TEL 022-717-7743	木・金
024. リウマチ膠原病内科 TEL 022-717-7730	水・金	141. 整形外科 TEL 022-717-7747	腫瘍:月 肩関節／神経筋／骨代謝:火 脊椎・脊椎腫瘍・脊髄腫瘍:水 膝／リウマチ:木 股関節／足／スポーツ:金
031. 糖尿病代謝・内分泌内科 TEL 022-717-7779	糖尿病代謝グループ:火・金 内分泌グループ:火・水・金	151. 形成外科 TEL 022-717-7748	一般外来:月・水・金 唇裂・出生前カウンセリング:水・金 血管腫外来:水 きずあと・ケロイド:月 眼瞼下垂外来:火(午後)
032. 消化器内科 TEL 022-717-7731	一般外来:月～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	161. 呼吸器外科 TEL 022-717-7877	月～金
041. 加齢・老年病科 TEL 022-717-7736	もの忘れ外来:火・水 加齢画像外来:木・金	171. 麻酔科 TEL 022-717-7760	術前相談:月～金(原則予約制) 火・木は午後のみ ペインクリニック:月・水(原則予約制)
042. 漢方内科 TEL 022-717-7736	月・水・金	172. 緩和医療科 TEL 022-717-7768	直接診療科へ
051. 心療内科 TEL 022-717-7734	月・水・木		
061. 呼吸器内科 TEL 022-717-7875	月～金		
062. 腫瘍内科 TEL 022-717-7879	月・火・木・金		

診療科 外来直通番号	新患日	診療科 外来直通番号	新患日
211. 婦人科 TEL 022-717-7745	腫瘍外来:月・木 不妊・不育症/ 内分泌・思春期外来:月・水・金 女性健康外来:月	511. 皮膚科 TEL 022-717-7759	月・火・水・金
212. 産科 TEL 022-717-7746	月～金	521. 眼科 TEL 022-717-7757	一般外来:月～金 網膜:月・水・金 ぶどう膜外来:木 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
221. 泌尿器科 TEL 022-717-7756	月・火・水・金	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・火・木 嚥下治療センター:金 新生児スクリーニング:水
311. 脳神経内科 TEL 022-717-7735	火・木	542. てんかん科 TEL 022-717-7751	火・金
321. 脳神経外科 TEL 022-717-7752	一般外来:月・木	543. リハビリテーション科 TEL 022-717-7751	月・水・木・金
331. 精神科 TEL 022-717-7737	月・水・金 ※小学生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。	544. 高次脳機能障害科 TEL 022-717-7751	水・木
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・火・木 腎臓外来:水・木 新生児外来:火 血液・腫瘍・免疫外来:月・水・木・金 先天代謝異常外来:火・金	611. 放射線治療科 TEL 022-717-7732	月・火・金 RI治療外来:木
412. 遺伝科 TEL 022-717-7744	直接診療科へ	612. 放射線診断科 TEL 022-717-7880	月・水 PET:月～金 骨シンチ:月～金
422. 小児腫瘍科 TEL 022-717-7878	直接診療科へ	711. WOCセンター TEL 022-717-7652	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	診療科 外来直通番号	新患日
801. 口腔支持療法科 TEL 022-717-8330	火	823. 咬合修復科 TEL 022-717-8364	火・金
802. 矯正歯科 TEL 022-717-8376	月～金	834. 咬合回復科 TEL 022-717-8364	月・木
803. 小児歯科 TEL 022-717-8384	月～金	836. 口腔機能回復科 TEL 022-717-8397	水
805. 歯科インプラントセンター TEL 022-717-8426	月・火・木・金(午前)	841. 総合歯科診療部 TEL 022-717-8410	月～金
811. 顎口腔画像診断科 TEL 022-717-8391	月～金 CT/CBCT:月～金	861. 顎口腔機能治療部 TEL 022-717-8412	火・水
813. 歯科顎口腔外科 TEL 022-717-8352	月～金	871. 障がい者歯科治療部 TEL 022-717-8408	火・水・金
814. 歯科麻酔疼痛管理科 TEL 022-717-8352	火・木・金(午前)	837. 周術期口腔健康管理部 TEL 022-717-8930	火・水
821. 歯内療法科 TEL 022-717-8337	月・水・金 ※月は偶数日のみ	891. 顎顔面口腔再建治療部 TEL 022-717-8581	火・木
835. 歯周病科 TEL 022-717-8337	月・火・木 ※月は奇数日のみ	863. 口腔内科・リエンセンター TEL 022-717-8708	月～金

がんゲノム 検査予約のご案内

予約申込みの流れ

http://www.p-mec.hosp.tohoku.ac.jp/contact_cg/
※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。



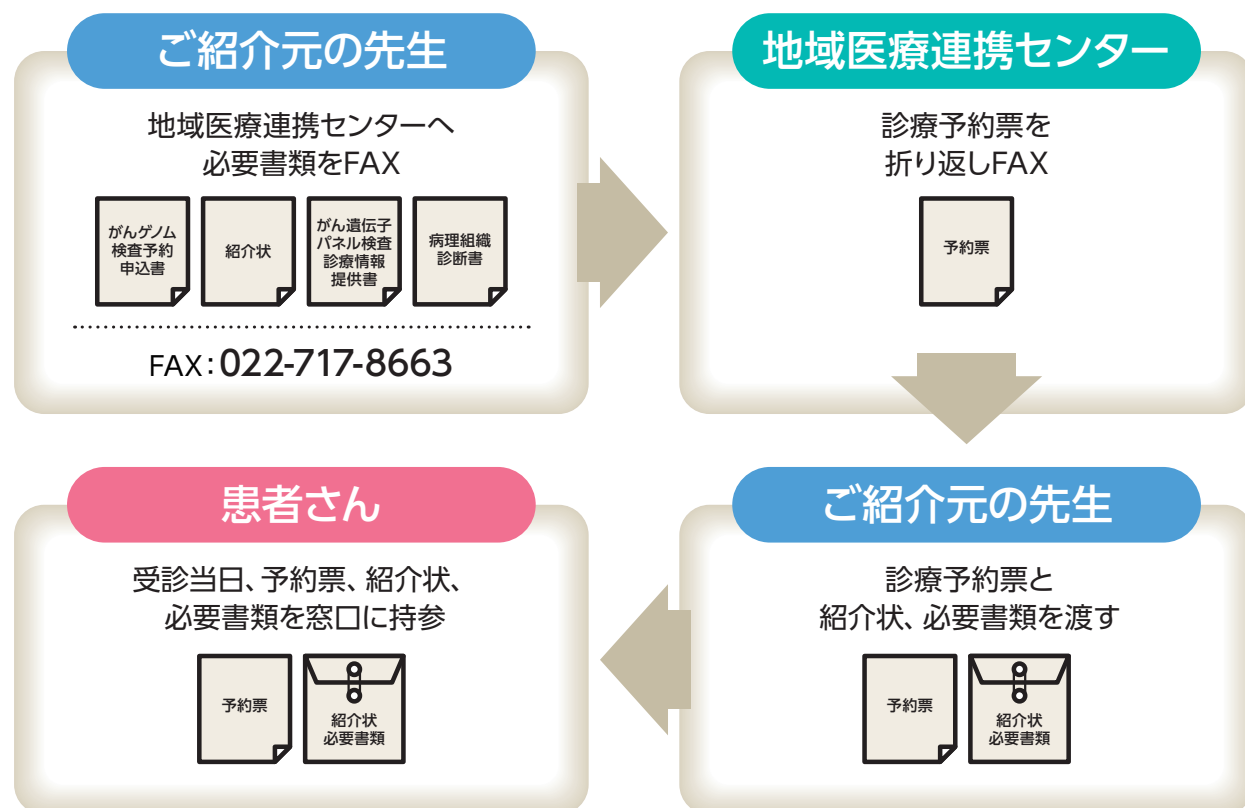
がんゲノム(がん遺伝子パネル)検査
紹介方法、お問い合わせ

- 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」、「紹介状(診療情報提供書)」、「がん遺伝子パネル検査診療情報提供書」、「病理組織診断書」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あります。予約票の返送に数日かかる場合がございますのでご了承ください。
- 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 紹介状(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 病理レポート	
⑥ 組織検体(腫瘍含有率が20%以上のもの)	⑦ 過去の遺伝子検査の報告書	
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)

※1 自由診療の場合は、①～⑤を持参してください。

※2 CD-R(③CT画像)については、受診日の3～4日前までに郵送ください。ただし、予約日が1週間以内の場合は当日ご持参願います。



がんゲノム検査予約申込書

http://www.p-mec.hosp.tohoku.ac.jp/pdf/docs04_240802.pdf



がん遺伝子パネル検査診療情報提供書

http://www.p-mec.hosp.tohoku.ac.jp/pdf/docs02_230831.pdf



※個別化医療センターホームページからダウンロードしてご利用ください。

セカンドオピニオン 外来のご案内

自由診療／患者申込み専用



東北大学病院
セカンドオピニオン
外来について



東北大学病院
セカンドオピニオン
外来のご案内(PDF)

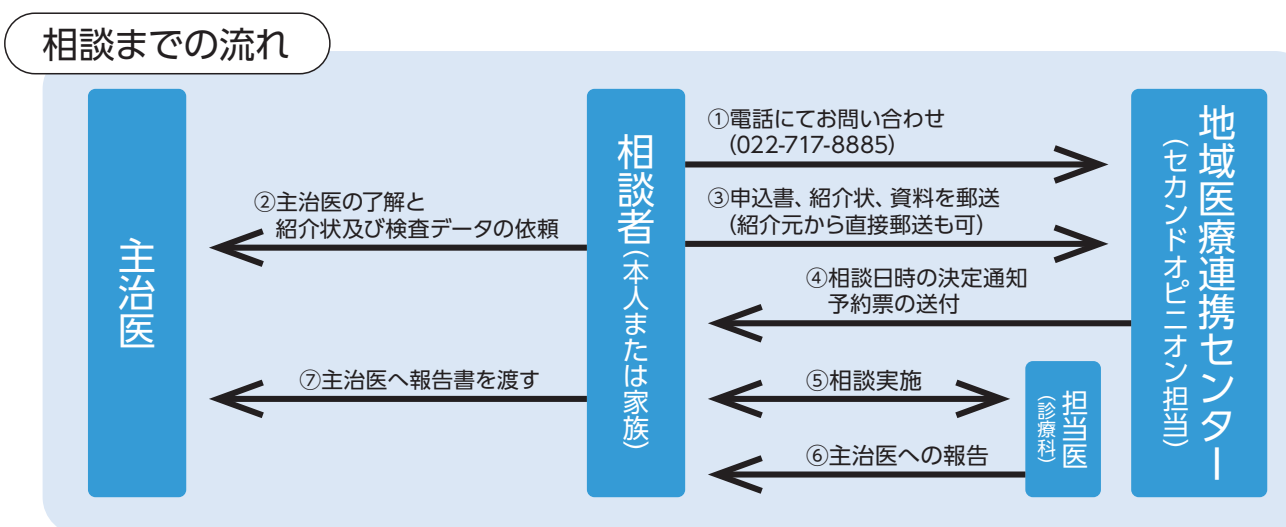
セカンドオピニオン外来について

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療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させ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(ご本人の署名があれば、ご家族だけでの相談も可能。)

対面によるセカンドオピニオン受診までの流れ



相談費用

セカンドオピニオン(自由診療) 対面 30,000円(税込33,000円)
オンライン 40,000円(税込44,000円)※1

※1 オンラインセカンドオピニオンは、株式会社メドレーが提供する「CLINICS」という専用のアプリを使用して行います。

患者さんからのお問い合わせは、地域医療連携センターをご案内ください。

お問い合わせ

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 仙台市青葉区星陵町1番1号
TEL.022-717-8885(直通) 受付日時:月曜～金曜日(土・日・祝日・年末年始を除く) 8:30～17:00

医科診療申込書

フリーダイヤル・FAXでの予約の際、ご利用ください。



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】

送信日

年

月

日

医療機関名:

所在地:

電話番号:

FAX番号:

医師氏名:

(連絡担当者様)

※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。

【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。



※共通IDをお持ちの患者さんはご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和		※お間違えないようご記入ください。	
氏名	様	男・女		年	月	日	歳
(旧姓:)							
住所	〒 国 籍: 日本 / 日本以外 () ※当院は、外国籍かつ保険証をお持ちで無い方は1点30円となります						
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)・がん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ので、各予約担当窓口までお問い合わせください。 セカンドオピニオン外来: TEL022-717-8885、遺伝子パネル検査: 022-717-8885						
Q. 当院での治療終了後、逆紹介させていただきますのでフォローをお願いします ☐ はい ☐ いいえ							
Q. 当院受診時に入院中ですか ☐ はい(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)							

※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 () (:)
-------	---------------	-------	---------------	-------	---------------

*以下、当院記入

総診・病内・感染・腎高・血内・リ膠・糖内・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)・総合外科(小外)・心外・整形・形成・呼外・麻酔・婦人・産科・泌尿・脳内・脳外・精神・小児・皮膚・眼科・耳鼻・てんかん・リハ・高次・放治・放診・産業(確認欄)	同日2科受診	／	新患担当医診察了承済	／	Dr同士連絡済	／	ご家族同伴了承済	／	外来確認済
---	--------	---	------------	---	---------	---	----------	---	-------

※2枚目につづ

【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。

2/2

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

※予約制でない診療科も、状況によっては当日の受診ができない場合がありますので、なるべく予約を取っていただくようお願いします。

※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。

(2025年5月更新)

No.	001	011	012	021	023	024	031-1	031-2	032-1	032-2	032-3	032-4	032-5	041-1	041-2	042	051	061	062	101-1	101-2	101-3	101-4	101-5	101-6	101-7	
科名	総合診療科	循環器内科	総合感染症科	腎臓・高血圧内科	血液内科	リウマチ膠原病内科	糖尿病代謝・内分泌内科 (糖尿病代謝)	糖尿病代謝・内分泌内科 (内分泌)	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 (十二指腸院外新患外来)	消化器内科 (肝院外新患外来) ※1	加齢・老年病科 (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 (肝胆膵移植新患)	総合外科(食道)	総合外科(胃)	総合外科(胆膵・糖尿病)	総合外科(肥満・糖尿病)	総合外科(血管)	総合外科(下部消化管)	臓器移植新患 ※5	
受診 療付 予日約	月・金	月・金	月・木	月・金	水・金	水・金	火・金	火・水・金	月・金	月・火・木	火・金	火・木・金	火・金	火・水	木・金	月・水・金	月・水・木	月・金	月・火・木・金	火・金	水・木	水・木	水・木	水・木	月・火	火・水・木	月・金
No.	101-8	101-9	413	131	141-1	141-2	141-3	141-4	141-5	151-1	151-2	151-3	151-4	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(乳腺)	総合外科(甲状腺)	総合外科(小児外科)	心臓血管外科	整形外科(腫瘍)	整形外科 (肩関節/神経筋/骨代謝)	整形外科 (脊椎・脊椎腫瘍・脊髄腫瘍)	整形外科 (膝/リウマチ)	整形外科 (股関節/足/スポーツ)	整形外科 (一般) (骨・出生前カウンセリング 水)	形成外科(血管腫)	形成外科(ケロイド・きずあと)	形成外科(眼瞼下垂)	呼吸器外科	麻酔科	婦人科(腫瘍)	婦人科(不妊不育・内分泌)	婦人科(女性健康)	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(内分泌・骨疾患)	小児科(神経・筋)
受診 療付 予日約	月・水・木	火・金	月・木	木・金	月	火	水	木	金	月・水・金	水	月	火(午後)	月・金	月・水	月・木	月・水・金	月・水・金	月・金	月・水・金	火・木	月・木	火・金	月・水・金	木	月・水・木・金	月・木
No.	411-4	411-5	411-6	411-7	411-8	411-9	511	521-1	521-2	521-3	521-4	521-5	521-6	531-1	531-2	531-3	531-4	543	544	611-1	611-2	612-1	612-2	612-3	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(先天代謝異常)	皮膚科	眼科(一般)	眼科(網膜・ぶどう膜のみ) ※木は(ぶどう膜)のみ	眼科(緑内障サージカル)	眼科(緑内障メデikal)	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・※音声障害は金)	耳鼻咽喉・頭頸部外科	耳鼻咽喉・頭頸部外科 (新生児スクリーニング)	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	リハビリテーション科	高次脳機能障害科	放射線治療科	放射線治療科 (R1治療外来)	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	睡眠医療センター
受診 療付 予日約	022 (717) 7744	月・火・木	水・木	火	月・水・木・金	火・金	月・火・水・金	月・金	月・金	火	月・金	水	木	月・水・金	月・火・木	金	水	月・水・木・金	水・木	月・火・金	木	月・水	月・金	月・金	水・金		

※1 B型肝炎・C型肝炎の患者さんのお申込みの場合は、簡便な「B型・C型肝炎用診療情報提供書」のご利用をお勧めします。

※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 精神科に小学生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。

※5 担当診療科: 心臓・・・心臓血管外科、肺・・・呼吸器外科、腹部臓器・・・総合外科、小腸・・・総合外科(小児外科)

※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。

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

歯科診療申込書

フリーダイヤル・FAXでの予約の際、ご利用ください。



東北大学病院

FAX番号022(717)7132

FAX送信票／東北大学病院

診療予約申込書

歯科部門

【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】

送信日 年 月 日

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。

【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。



MMWIN 共通ID

※共通IDをお持ちの患者さんはご記入ください

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	※お間違えのないようご記入ください。			
氏名 (旧姓:)	様					年	月	日	歳
住所	〒 ー 国 籍: 日本 / 日本以外() ※当院は、外国籍かつ保険証をお持ちでない方は1点30円となります								
電話	※必ず連絡がつく番号をご記入ください。 ()			東北大 受診歴	無 ・ 有	(医科 歯科)			
携帯電話	※必ず連絡がつく番号をご記入ください。 ()								
傷病名(主訴)紹介目的									
Q. 当院での治療終了後、逆紹介させていただきますのでフォローをお願いできますか ☐ はい ☐ いいえ									
Q. 当院受診時に入院中ですか ☐ はい(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、(12)総合歯科診療部に○をつけてください。

コード No.	1	2	3	4-1	4-2	5-1	5-2	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-1	18-2	19
科 名	小児歯科	矯正歯科	口腔支持療法科 (口鼻外来)	顎口腔画像診断科	顎口腔画像診断科 (CT/CBCT) 画像検査と診断専用	歯科顎口腔外科 (抜歯・小手術)	歯科顎口腔外科 (その他)	歯科麻酔疼痛管理科	歯内療法科	咬合修復科	咬合回復科	歯周病科	口腔機能回復科	総合歯科診療部	顎口腔機能治療部	障がい者歯科治療部	周術期口腔健康管理部	顎顔面口腔再建治療部	歯科インプラントセンター	口腔内科・リエゾンセンター (口腔粘膜疾患・その他)	顎関節症・口腔顔面痛	嚥下治療センター・歯科
受診 療 予 付 日 約	月々金	月々金	火	月々金	月々金	月々金	月々金	月・火・木	※月・水・金 のみ	火・金	月・木	※月・火・木 のみ	水	月々金	火・水	火・水・金	火・水	火・木	※月・火・木 (午前)	月々金	水・木	※第2、4 金

※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 () (:)
-------	------------------	-------	------------------	-------	------------------

★顎口腔画像診断科にCT/CBCT撮影を依頼される方は下記の記入もお願いします。(30分程をめやすに折り返しご連絡いたします。)

右記ご了承下さい	4・2顎口腔画像診断科(CT/CBCT)紹介は、CTを予約撮像して1回の来院で終了(CTデータと画像診断レポートを後日返送)となります。 ※加療を含む画像診断のご依頼は4・1の様にてお申し込み下さい。		
依頼検査種別	CT ・ コンビームCT ・ どちらでも (コンビームCTは午後からの撮影となります。)		
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)		

予約申込書一覧

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。
当院ホームページからダウンロードできます。



トップページ ▶ 医療機関の方へ ▶ 患者さんのご紹介に関して (予約フォーマット集)
URL <https://www.hosp.tohoku.ac.jp/>

医科部門 診療予約申込書 (医科部門) / 医科診療科お申し込み用 (P.11~12)

歯科部門 診療予約申込書(歯科部門)／歯科診療科お申し込み用 (P.13)

CT/CBCT連絡票(兼)診療情報提供書

https://www.hosp.tohoku.ac.jp/wp-content/uploads/2020/08/ctcbct_202305.pdf

4-2顎口腔画像診断科画像検査を
お申し込みの際、診療予約申込書と一緒にFAX送信

CT／CBCT 連絡表（兼）診察情報提供書

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

紹介元医療機関所在地

東京大学病院

〒113-8655 東京都文京区

根田 邦尚

名称

電話番号

診療科名称

0

予約内容	CT	コンパニウムCT	
	撮影予定 年 月 日 ()	時 分	
(注1) 撮影開始時刻は最長30分で、予約開始時刻の45分前までは予約受付可能で、予約開始時刻の45分前までは予約受付不可。	午前・午後	時 分	
患者名(性別)	種 別 男性 女性		
患者氏名			
電話番号			
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
居住先および家族数	心臓ペースメーカー装着 有 無		
紹介医師	CT/コンパニウム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			
予約予定	メーカー	製品名	
スキャン	あり	なし	
診付インサツ	あり	なし	
咬合板の持ち込みスキャン	有	不要	
経路、交通、宿泊の 案内、その他（イン プラント部位以外の 写真）詳しくご記入 ください。			

※患者名と性別を間違いました。原因は不明に持ちたいです。約 35,000円とさせていただきます。

※インプラントの場合は歯肉の腫れとかなりあり、約 35,000円とさせていただきます。

東京大学病院 地域医療連携センター TEL 0202 717 7131
FAX 0202 717 7132



加齢画像外来検査依頼書(兼)診療情報提供書

https://www.hosp.tohoku.ac.jp/wp-content/uploads/2020/08/kareigazokensa_iraisho-1.pdf

041-2加齢・老年病科(加齢画像外来)を
お申し込みの際、診療予約申込書と一緒にFAX送信

加齢画像外来検査依頼書(兼)診療情報提供書																																	
【依頼者】 姓 名 姓 名 姓 名 東大大学院 地域健康医療センター 〒100-0274 東京都千代田区根岸1番1号 TEL:03-5271-7171 (直通) FAX:03-5271-7173 (直通)					【依頼先】 姓 名 姓 名 姓 名 電 話 番 号 FAX 番 号 医 生 名 氏																												
※検査結果は、依頼に際してご同意の上、依頼の機関内でのみ提供させていただきます。																																	
※検査結果は、依頼機関の同意の上、依頼の機関内でのみ提供させていただきます。																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">ア 氏 名</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">姓 名</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">性 別</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>生年月日</td> <td>大正・昭和・平成・令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検査機関名</td> <td colspan="7"></td> </tr> </tbody> </table>										ア 氏 名		姓 名		性 別		期 間		生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日				検査機関名							
ア 氏 名		姓 名		性 別		期 間																											
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日																													
検査機関名																																	
▼ 病歴名()をつけてください(原則として以下の検査機関名を添えてください) ・認知症 ・パーキンソン病・脳梗 ・脳血管障害・脳動脈 ・神経痛・リウマチ ・その他 (病歴名)																																	
▼ 以下に依頼内容を記入ください 																																	
▼ 希望の検査に☑をつけてください ☐ 脳MRI・経頭蓋超音波(VSRAD)・MRA ☐ 脳動脈造影(CTA)・経頭蓋超音波(3D-DSP) ☐ DAT SPECT ☐ 脳血流シンチグラフィ ☐ 骨密度・脳血流(DXA) ☐ その他(検査内容)																																	
▼ 下記の該当項目()をつけてください(必須) ・心臓ペースメーカーを体内に金属質がありますか? はい いいえ ・コドメドールを服用していますか? はい いいえ																																	
▼ 署名などへの捺印欄の希望 あり なし(捺印欄なしを希望の場合)																																	
※下部の欄は、捺印で記入します。																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">依頼機関</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> <td style="width: 20%;">AM・PM</td> <td style="width: 20%;">捺印</td> <td style="width: 20%;">印</td> </tr> </table>										依頼機関	月	日	AM・PM	捺印	印																		
依頼機関	月	日	AM・PM	捺印	印																												



B型・C型肝炎用診療情報提供書

https://www.hosp.tohoku.ac.jp/wp-content/uploads/2020/08/kanen_iraisho_202305.pdf

032-5消化器内科(肝院外新患外来)を
お申し込みの際、診療予約申込書と一緒にFAX送信

東北大学病院 B型肝炎ウイルス検査 診療情報提供書	紹介元医療機関の所在地および名称
診察予約申込書と一緒に FAXしてください FAX 022-713-7132 月～金 8:30～17:00 (休日、年末年始を除く)	

記入日	年	月	日	
医師検体名				
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					
T E L	自宅		携帯		

病 名	☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ その他、不明				
肝臓への現在の感染	☐ 特になし ☐ 強力ネオミ／フアグーラー ☐ ウルソ				
既往歴・家族歴など	☐ その他				

検査結果	(検査日) 年 月 日
<B型肝炎> HBs抗原：陽性・陰性 HCV抗体：陽性・陰性	<C型肝炎>

測定されている項目に下記を記載ください。

- [+]B型肝炎：陽性・陰性 HBV-DNA：定量（ ）log IU/mL・陰性
- [+]HCV-Antibody：+ log IU/mL・陽性

※他の血液検査に関する希望（検査する項目はここに記入して下さい）

■東北大学病院での診断の結果（臨床への相談はどうしてもよい）
 ■東北大学病院で肝臓科の前受診検査と自費で他院以外の継続検査
 （東北大・市民共済方へ連絡）

☐その他（ ）

備考



FDG PET検査依頼書(兼)診療情報提供書

https://www.hosp.tohoku.ac.jp/wp-content/uploads/2020/08/com_doc03-1.pdf

612-2放射線診断科(PET)を
お申し込みの際、診療予約申込書と一緒にFAX送信

[illegible]