

大崎市民病院FAX予約申込書（メンタルケアセンター専用）兼 紹介状

FAX番号0229-24-3005

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）

【紹介の原則】 メンタルケアセンターから事前案内	大崎市民病院メンタルケアセンターは精神科です。また、宮城県北地域の身体合併症を有する患者さんに対する診療機能を重視しております。そのため、当センターにご紹介いただいた患者さんを外来で長期間継続加療することを避け、当センターで可能な検査や初期診療を一定期間行った後は、最長1年を目安に他院精神科や、ご紹介元の医療機関に逆紹介させていただきたいと考えております。 お忙しい中、大変に恐縮ですが、紹介を検討している患者さんに対し、上記の説明を行い、了承を得られた場合にご紹介ください。
チェック欄	<input type="checkbox"/> 上記内容を紹介予定患者に対し説明し、了解を得られたので予約申込みいたします。

予約申込（A）欄

受診希望日 ※当日不可	第1希望： 月 日 :	貴院の名称 所在地 TEL FAX 医師名 科 ⑩
	第2希望： 月 日 :	
	<input type="checkbox"/> いつでも可	
紹介診療科	メンタルケアセンター	
医師名	東北大学病院 精神科 応援医 先生	
患者氏名	(ふりがな)	市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）
	_____ 様 (旧姓) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)
性別	男 ・ 女 年 齢 才	電 話 自宅 携 帯
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日	
住 所	〒	
紹介目的	1・診 察 2・精密検査 3・その他 ()	
傷病名		
主 訴		

診療情報提供（B）欄 ※貴院の診療情報提供書（紹介状）の書式で作成し添付する場合省略可

※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

- ・この用紙を（B）欄まで記載した場合は、診療情報提供書（紹介状）として扱えます。
- ・診療情報提供書（紹介状）の原本は患者に交付し予約日に持参するようお願いいたします。