

1

東北公済病院 地域医療センター

◆診療予約受付のご案内◆

ご予約の手順

今、予約日時を決めたい場合は、
Aコースでお申し込みください。

Aコース

ご紹介元の医療機関

「□申込書(兼)診療情報提供書」をご記入の上、
地域医療センターまでFAXください。
事前にお電話いただけますと予約の空き状況をお
知らせいたします。

FAX 022-264-4181
TEL 022-227-2353

地域医療センター

予約日時を調整し、「診療予約票」を15分を目途
にご紹介元へFAX。確認のお電話をします。

ご紹介元の医療機関

「診療予約票」、「□申込書(兼)診療情報提供書」の原本
を患者さんへお渡しください。

患者さん

予約日に東北公済病院を受診ください。

後で、予約日時を決めたい場合は、
Bコースでお申し込みください。

Bコース

ご紹介元の医療機関

「□申込書(兼)診療情報提供書」をご記入の上、
地域医療センターまでFAXください。

FAX 022-264-4181

患者さんに「□申込書(兼)診療情報提供書」の原本を
お渡しいただき、以下のことをお伝えください。

紹介日より1週間以内に地域医療センターに
電話で予約をお取りください

地域医療センター **TEL 022-227-2353**
(平日受付/午前8時30分~午後5時15分)

患者さん

1週間以内に地域医療センターへお電話ください。
このとき「Bコースの予約です」とお伝えください。

地域医療センター

予約日時を決定し、「診療予約票」を患者さんへ
郵送します。紹介元へも「診療予約票の控え」を
FAXします。

患者さん

予約日に東北公済病院を受診ください。

- ・予約受付時間外のお申し込みについては、原則として翌診療日の対応にさせていただきます。
- ・予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合があります。
- ・お電話をいただければ予約の空き状況をお知らせいたします。



国家公務員共済組合連合会

東北公済病院

〒980-0803 仙台市青葉区国分町2-3-11

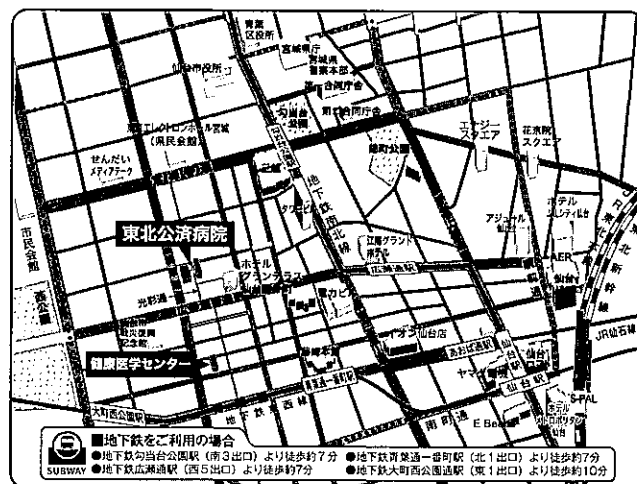
TEL 022-227-2211 (代表)

地域医療センター

TEL 022-227-2353

電話での
お申し込み・
お問い合わせは
右記まで

受付
時間 平日/午前8時30分~午後5時15分
(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)



東北公済病院で予約診療を受けられる方へ

1、1階受付『7番窓口』に、①②③④をご提示ください。

- ①診療予約票
- ②紹介状【診療申込書（兼）診療情報提供書】
- ③健康保険証 ・**マイナ保険証**
- ④診察券（当院受診歴のある方）

2、予約時間は診療開始時間です。30分程度早めにお越しください。

3、予約日に来院出来なくなった場合はご連絡ください。

Tel 022-227-2353（地域医療センター 直通）



◆お問い合わせ等がございましたら、下記までご連絡ください◆

国家公務員共済組合連合会

東北公済病院 地域医療センター 【TEL 022-227-2353（直通）】



●無料駐車場はありません。近隣の契約駐車場をご利用ください。

診療申込書(兼)診療情報提供書

①紹介元医療機関控

年 月 日

①太枠内をご記入の上、上記FAX番号まで送信ください ※下記□にチェックをお願いします

予約方法		☐ Aコース		☐ Bコース		
科 医師宛				紹介元医療機関名		
				診療科		
ご担当医名				住所		
				電話番号		
☐ 予約済日時		年 月 日 ()		時間 分		
☐ 受診希望日		☐ 希望日なし (最短の日時)		FAX番号		
受診者	フリガナ	様 男・女			生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	氏名				携帯電話番号	
	住所	(〒 -)	電話番号			
傷病名 紹介目的					当院受診歴	無・有 (科)

②診療情報提供書としてご利用いただく際は以下の項目の記載をお願いいたします

現病歴及び所見(既往歴・家族歴・症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等) ☐別紙診療情報提供書あり

診療申込書(兼)診療情報提供書

②東北公濟病院行

年 月 日

①太枠内をご記入の上、上記FAX番号まで送信ください ※下記□にチェックをお願いします

予約方法		☐ Aコース	☐ Bコース			
科 医師宛				紹介元医療機関名		
				診療科		
				ご担当医名		
☐ 予約済日時		年	月	日 ()	住所	
			時	分	電話番号	
☐ 受診希望日				☐ 希望日なし (最短の日時)	FAX番号	
受診者	フリガナ				生年月日	西暦・大・昭・平・令
	氏名	様 男・女				年 月 日 (歳)
	住所				(〒 -)	携帯電話番号
傷病名 紹介目的					電話番号	
					当院受診歴	無・有 (科)

②診療情報提供書としてご利用いただく際は以下の項目の記載をお願いいたします

[illegible]