

ご紹介患者様情報
FAX 023-626-6517

※ ご紹介患者様を迅速に、また適確に診療・治療させていただくため、この用紙をご送信くださるようお願いいたします。

●患者様個人情報

フリガナ _____ 性別 男 ・ 女 _____
氏名 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 _____
住所 〒 _____
電話 (_____) _____

●山形市立病院済生館を受診されたことがありますか？ 有り 無し

●患者様保険情報

「被保険者証」(本人 ・ 家族)

保険者番号									
記号・番号									

★紹介元医療機関(電話・FAX及び担当医師は必ずご記入くださるようお願いいたします。)

診療所・病院名	医師名
_____	_____先生
電話 (_____) _____	FAX (_____) _____

★通信欄

・希望診察日: 月 日 または 日
・希望診療科: 科
・希望医師名: 先生
・希望時間帯: 時 分頃

いつもありがとうございます。

山形市立病院済生館 地域医療連携室

〒990-8533 山形市七日町1丁目3-26

TEL 023-626-6516(医療機関専用ダイヤル)

FAX 023-626-6517