

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・R 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