

ご紹介患者様情報（ご予約申込票）

FAX 023-626-6517

【患者様情報】

フリガナ _____ 性別 男・女 _____

氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 月 日

住所 _____

連絡先 電話 _____ 携帯電話 _____

済生館受診歴 無 ・ 有(_____ 科) ・ 不明 _____

【ご紹介元医療機関】

貴医療機関

ご担当医師

先生

電話番号 _____

FAX 番号 _____

【希望診療科】

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科(甲状腺疾患) |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 |
| <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 眼科 |
| <input type="checkbox"/> 血液内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 歯科 |

★希望予約日 _____ 月 日 () または _____ 月 日 ()

★希望予約時間 _____ 時 分頃

- * 電話受付時間は、(月)～(金)午前8時30分から午後6時までとなります。
- * 土曜日でも、FAXで予約をお取りいただけます。その場合、予約は翌週月曜日以降の午前10時30分のみとさせていただきます、御返事は翌週になります。ご都合が悪い場合等は、お電話ください。
- * 可能であれば、受診までに診療情報提供書のFAXをお願い致します。

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 023-626-651