

受診予約票（兼）FAX送信票

平成 年 月 日

希望診療科： _____ 科 紹介元医療機関名

希望担当医： _____ 先生 所在地

医師名

受診希望日： _____ 月 _____ 日 () _____ 時頃

TEL _____ - _____

予約決定日： _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

FAX _____ - _____

| | | | |
|----------------------|--|----------|-----------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | | 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 _____ | 電話 番号 | _____ - _____ |
| 山形済生病院受診歴 | 有り (ID : _____) ・ 無し ・ 不明 | | |
| ※貴院での在宅管理 料等の算定状況 | <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料 (在宅自己注射指導管理料を除く) 直近の算定年月： _____ 年 _____ 月 | | |
| 紹介目的 主な症状 | | | |

※この用紙が受診予約票を兼ねますので患者様へお渡し下さい。(こちらから予約票の発行は致しません。)

※診療情報提供書は2、3ページの様式または貴院の様式をお使い下さい。

◇患者様へ

- ・ 予約当日は、この受診予約票と紹介状、保険証、お薬手帳、診察券（お持ちの方のみ）をご持参の上、【1番総合受付】へお越し下さい。
- ◇外来診察の場合；予約時間の10分前まで
- ◇放射線検査の場合；予約時間の30分前まで
- ・ 救急患者対応などによりお待ち頂く事がありますので予めご了承下さい。
- ・ やむを得ず予約日にご来院できない場合は下記までご連絡下さい。



社会福祉法人 ^{恩賜} _{財団} 済生会山形済生病院 地域連携室【専用】

TEL/FAX(兼用) 0120-232658

〒990-8545 山形県山形市沖町79-1 ☎023-682-1111(代表)