

紹介受診予約票（患者様用）

年 月 日

希望診療科： _____ 科 紹介元医療機関名

医師名

希望担当医： _____ 先生 所在地

TEL _____

予約日時： _____ 月 _____ 日 () 時 _____ 分 FAX _____

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	T・S・H・R 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

【患者様へ】

・ 診察当日の持ち物

診療情報提供書（紹介状） 保険証

お薬手帳またはお薬の説明書

この受診予約票 診察券（お持ちの方のみ）

・ 受付場所は1階 患者支援センター受付になります。

◇外来診察の方：予約時間の20分前まで

◇放射線検査の方：予約時間の40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ください。

・ 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ください。

恩賜
社会福祉法人_{財団} 済生会山形済生病院 地域連携室

FAX専用回線 023-666-3358

TEL/FAX(兼用) 0120-232658

地域連携室の業務日/時間

月曜日～金曜日（祝日除く） / 8：45～17：00

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