

紹介予約 F A X 送信票

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： _____

所在地

診察希望日： _____ 月 _____ 日 ()

TEL _____ - _____

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

FAX _____ - _____

フリガナ		性別	
患者氏名		生年月日	年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住所	〒 _____ - _____	電話番号	_____ - _____
山形済生病院受診歴	(山形済生病院 I D: _____)		
紹介目的 主な症状			

※上欄の項目を記入いただき下記の番号へ F A X 送信をお願いいたします。申し込み内容を
確認し、地域連携室から折り返しの電話にて予約日時の回答を差し上げます。

F A X 送信後 1 5 分が経過しても折り返しの電話がない場合は F A X の不着も考えられます
ので、お手数ですが地域連携室までご連絡くださいますようお願いいたします。

※回答差し上げました予約日時を紹介元医療機関様でご記入いただきまして、別様式の
『紹介受診予約票（患者様用）』を患者様へお渡しください。

患者様の待ち時間短縮のため、当院から予約票の F A X 送信を行っておりませんので、何卒
ご協力を賜りますようお願いいたします。

社会福祉法人 恩賜
財団 済生会山形済生病院 地域連携室

F A X 専用回線 0 2 3 - 6 6 6 - 3 3 5 8

T E L / F A X (兼用) 0 1 2 0 - 2 3 2 6 5 8

地域連携室の業務日/時間

月曜日～金曜日（祝日除く） / 8 : 4 5 ~ 1 7 : 0 0

〒990-8545 山形県山形市沖町 7 9 番 1 ☎023-682-1111 (代表)