紹介予約ＦＡＸ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：　　先生　　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	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		
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ＦＡＸ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。

ＦＡＸ送信後１５分が経過しても折り返しの電話がない場合はＦＡＸ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、別紙の『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ＦＡＸ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

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)