

ご相談患者様情報（下肢血行障害）

患者様個人情報

フリガナ _____

性別 男・女

氏名 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日

住所 〒 _____

電話 _____

★山形済生病院を受診されたことがありますか？ はい・いいえ

★紹介元医療機関 診療所・病院名	診療科	医師名
TEL : _____	FAX : _____	

★ご相談内容

※回答書は後日FAXまたは郵送させていただきます。
※受診の必要があると判断した場合は、当院より直接患者様へ連絡させて頂き、外来受診の手続きを行いますので、患者様にお伝え頂けますようお願い申し上げます。

TEL/FAX : 0120 - 232658