

きりとり線より上段をご記入下さい。

FAXによる診察申込書				
国立病院機構 山形病院 地域医療連携室 宛 (FAX 023-681-9477)				
ご紹介医療機関等の名称				
ご住所 〒 _____				
電話番号 ( _____ ) _____				
FAX番号 ( _____ ) _____				
ご紹介医師名 科名 医師名				
※医師名は必ず御記入ください。				
患者情報	ふりがな 氏名	_____	性別 <input type="checkbox"/> 男 生年 明治 ・ 年月 大正 <input type="checkbox"/> 女 月 日 昭和 平成 令和 年 月 日	
	住所	_____		
	電話番号	( _____ ) _____		
内容	紹介目的	_____		
	受診科等	受診科名	<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> てんかん科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
		医師名	_____	
		希望受診日	第一 令和 年 月 日( 曜日 )	第二 令和 年 月 日( 曜日 )
	受診歴	<input type="checkbox"/> ある(診察券番号 _____ ) ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 不明		

きりとり線

予 約 票	
様	
予約日時は、令和 年 月 日( ) 時 分 です。	
患者さんは、当院の受付に、①この予約票と一緒に、②「診療情報提供書」、③「保険証(④医療受給者証を含む。)」をお出しいただき、尚、手続き等がございますので、予約時間の10分前までに、お越しください。	
国立病院機構 山形病院 地域医療連携室(☎023-684-5566/代表)	担当