

## 患者紹介連絡票 (FAX用)

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。

<b>患者情報</b>	ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 生 明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年 大正 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 女 日 昭和 _____ 日 平成 _____
	住所	市・町・村		
	電話番号	( _____ ) _____		
<b>内容</b>	紹介目的			
	受診科等	受診科名	<input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 ( <input type="checkbox"/> 脳外科的疾患 <input type="checkbox"/> 整形外科的疾患 <input type="checkbox"/> その他 )	
		医師名		
	希望受診日	第一	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 曜日)	
		第二	平成 _____ 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、平成 \_\_\_\_\_ 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。)」をお出してください。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 \_\_\_\_\_