

横浜南共済病院 紹介予約 (診察) 申込書

地域連携室宛 (FAX 045-786-2686) 本紙記入後、FAXにて送信をお願い致します

【予約受付時間】 平日(月～金) 8:30～16:00
 ※FAXは、24時間受信可能(16時以降のお申し込みは、翌日以降の対応とさせていただきます。)

**** 紹介元医療機関情報 ****

名称			
所在地			
	TEL ()	—	
	FAX ()	—	
医師名	科	医師	
	FAX送信者		

※横浜南共済病院使用欄

**** 紹介患者情報 **** 各種検査機器予約に関しては、専用用紙をご使用ください

受診科 <small>○を付けてください</small>	循環器内科 ・ 消化器内科 ・ 呼吸器内科 ・ 血液内科 ・ 脳神経内科 ・ 腎臓高血圧内科			
	内分泌代謝内科 ・ 膠原病リウマチ内科 ・ ★消化器外科 ・ ★呼吸器外科 ・ 乳腺外科			
	整形外科(脊椎脊髄センター ・ スポーツ整形外科センター ・ 人工関節センター)			
	★形成美容外科 ・ 脳神経外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 産婦人科(婦人科 ・ 産科)			
	眼科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ ★心臓血管外科 ・ 口腔外科 ・ ★緩和支援療法科			
	★放射線科(治療) ★の診療科につきましては、診療情報提供書も添付ください。			
指名医師	なし ・ あり (医師)			
受診希望日 (フリガナ)	なし ・ あり → 月 日 ・ 早め希望			
患者氏名			性別	男 ・ 女
			受診歴	なし ・ あり
生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年	月	日 歳
住所	〒 —			
連絡先	TEL①()	—	本人 ・ 他()	
	TEL②()	—	本人 ・ 他()	
連絡希望時間	午前中	14時～16時	16時～17時	<small>可能な時間に○をしてください (土・日・祝日は不可)</small>
連絡事項	* 電話連絡が困難な場合は、予約受付時間内に地域連携室までご連絡ください。お電話にて予約取得いたします。			

予約取得までの流れは紹介予約の手順をご参照ください。 (2024.7)