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 ○を付けてください	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 ・ ★緩和支持療法科		
	★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	なし ・ あり → 月　　日 ・ 早め希望		
（フリガナ）		性別	男 ・ 女
患者氏名		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　　可能な時間に○をしてください（土・日・祝日は不可）		
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。　（2025.2）