

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		※横浜南共済病院使用欄
所在地		
TEL ()	—	
FAX ()	—	
医師名	科 医師	
	FAX送信者	

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/関節整形外科)		
	★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		
	※の診療科につきましては、完全予約制となっております。 ★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 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致します。		

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。(2026.1)