

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

○を付けてください 受診科	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・★緩和支持療法科		
	※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	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)