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。）

患者紹介WEB予約システム「やくばと」にてお申込み済みの場合、FAX送信は不要です

＊＊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

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

＊＊受診科の欄に〇を付けてください＊＊

	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		小児科 *中学生まで		消化器外科		呼吸器外科		※ 乳腺外科
	整形外科 （脊椎）		整形外科 （人工関節）		整形外科 （スポーツ）		整形外科 （関節整形外科）		整形外科 （その他整形）		
	★ 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		

≪注意事項≫	※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、お申込みの際、診療情報提供書を添付ください
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

＊＊紹介患者情報＊＊

（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　　可能な時間に〇をしてください（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。　　（2026.4）

様式1−2