

横浜市立大学附属病院 精神科 児童精神科外来専用 紹介患者診療予約申込書

◎お申込みは、医療機関からのみ可能です。

本申込書と診療情報提供書を合わせてFAXお願いします。

初診予約受付： 地域連携室 電話：045-787-8995（直通） 受付時間：月～金 9時～17時
FAX：045-787-2866（24時間受信可能）

① 患者情報

② 紹介元医療機関情報

フリガナ		性別		名称				
氏名		男・女			〒			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			所在地等				
住所	〒				電話番号	-	-	
電話番号	①	-	-	診療科:	ご連絡担当者:			
	②	-	-		(医師・看護師・事務)			
FAX								
					-	-		
現在、ご入院中ですか（はい・いいえ）								

③ 申し込み診療科(番号を○で囲んでください)

22	精神科(認知症以外の疾患)		53	児童精神科
----	---------------	--	----	-------

<紹介元医療機関の方へ>

- ・15時以降のお申込みは、予約日時の連絡等が翌日以降の受付時間内になることがあります。
- ・送信の際は、診療情報提供書を合わせてFAXしていただくようにお願いします。
- ・予約日時の調整は当院より医療機関へご連絡させていただきます。
- ・緊急受診の場合は、代表電話から直接担当医にお問い合わせいただくか、地域連携室にご連絡ください。

※ 病院代表 045-787-2800