

診療申込書 (2年以内に受診された方はこの申込書の記入は不要です。)

健康保険証・各種医療証・紹介状などとともに患者サポートセンターにお出してください。

年 月 日

紹介状	有	横浜市立の病院 上記以外の病院等
	無	

C D / フィルム
あり ・ なし

現在、入院中の方はご記入ください。

※太線内のみご記入ください。

過去に当院を受診されたことはありますか。	あり	なし	診察券番号	—	—
----------------------	----	----	-------	---	---

当院は高度急性期病院であり、症状が安定しましたら地域医療機関(クリニックなど)へご紹介しますので、あらかじめご同意願います。 **同意します** ← チェック☑

フリガナ		性別	年齢	生年月日	
お名前 (Name)	様	男 M	0	明大昭平令	1
		女 F	1		歳
郵便番号					年 月 日
ご住所 (Home)					
第1連絡先	電話(Phone Number)				
第2連絡先 ※	名 称	(続柄:)			
	電 話 (Other Phone Number)				

※第1連絡先以外で、ご自身の携帯電話、ご家族、親類、会社など連絡のとれる電話番号を必ずお書き下さい。

診療を受けたい科の記入欄に○印をつけてください。(診療科ごとに初診受付日が決まっています)

記入欄	科コード	診療科名
	14	血液・リウマチ・感染症内科 ※1
	15	呼吸器内科 ※1
	16	循環器内科
	17	腎臓・高血圧内科
	19	内分泌・糖尿病内科 ※1
	54	脳神経内科 ※1
	55	脳卒中科 ※1
	18	消化器内科 ※1
	20	臨床腫瘍科 ※1
	58	総合診療科 ※1※2
	22	精神科 ※2
	53	児童精神科 ※2
	21	小児科 ※1
	34	心臓血管外科
	37	心臓・小児循環器 ※1
	27	消化器・一般外科 ※1
	35	消化器外科 ※1
	26	呼吸器外科 ※1

記入欄	科コード	診療科名
	28	乳腺・甲状腺外科 ※1
	29	乳腺外科 ※1
	41	整形外科 ※1
	24	皮膚科 ※1
	49	泌尿器科 ※1
	48	産婦人科 ※3
	44	眼科 ※1
	45	耳鼻いんこう科 ※1
	25	放射線科 ※1
	46	歯科・口腔外科・矯正歯科 ※1
	51	麻酔科 ※1※2
	43	脳神経外科 ※1
	42	形成外科 ※1
	52	リハビリテーション科 ※1
	90	救急科
	59	がんゲノム診断科 ※2
	57	遺伝子診療科 ※1※2

ご記入漏れのないようお確かめください。

※1 紹介状が必要です。 ※2 予約制です。
※3 妊娠以外の場合、紹介状が必要です。