横浜市立大学附属病院　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。

・③表の「紹介状事前送付」が必要な診療科など、予約申込時点で紹介状をいただく場合があります（FAX送付）。
また、内容確認のため、回答に時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

初診予約受付：　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）

・下記ご記入の上、FAXにてご送付ください。
※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。

受診希望日　第1希望　令和　　年　　月　　日（　　）
第2希望　令和　　年　　月　　日（　　）

日時調整の方法をお選びいただき、下記にチェックを入れてください。

□患者さんと市大病院が調整 【紹介元医療機関へ受診日決定の連絡（　要　・　不要　）】

□紹介元医療機関と市大病院が調整

※患者さんから当院へ連絡を希望される場合は、お手数ですが、連携室へご相談ください。

① 患者情報

フリガナ		性　別	
氏　名		男・女	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		
住　所	〒		
電話番号	①　－　　－		
	②　－　　－		

現在、ご入院中ですか （はい ・ いいえ）

②紹介元医療機関情報

名　称	
所在地等	〒 電話番号　－　　－ FAX　－　　－
診療科：　　ご連絡担当者： （医師・看護師・事務）	

③申込診療科 （番号、及び専門領域を〇で囲んでください。）

	診療科名	紹介状事前FAX
14	血液・リウマチ・感染症内科 （ 血液 ・ リウマチ ・ 感染症 ）	
15	呼吸器内科	〇
16	循環器内科（傷病名　　）	
17	腎臓・高血圧内科 （ 腎臓 ・ CKDパス ・ 高血圧 ・ のう胞腎 ・漢方高血圧 ・ 末梢動脈疾患先進医療 ・ その他 ）	
19	内分泌・糖尿病内科	
54	脳神経内科（ 認知症 ・ 認知症以外の疾患 ）	
18	消化器内科（傷病名　　）・フィブロスキャン検査 ※内視鏡検査の予約は「上部消化管内視鏡検査申込書」をご使用ください。	
20	臨床腫瘍科	〇
58	総合診療科 （画像データ　有 ・ 無） ※画像データ有の場合、予約確定後にCDを当院へ送付してください。	〇
21	小児科 （傷病名　　）	
34	心臓血管外科	〇
27	消化器・一般外科【外科治療学(旧第一外科)】	
35	消化器外科【消化器・腫瘍外科学（旧第二外科)】	
26	呼吸器外科	〇

	診療科名	紹介状事前FAX
28	乳腺・甲状腺外科【外科治療学（旧第一外科）】	〇
29	乳腺外科【消化器・腫瘍外科学（旧第二外科）】	〇
41	整形外科 （ 脊椎 ・ 膝 ・ 股関節 ・ 上肢（ 手 ・ 肘 ・ 肩 ）・リウマチ ・ 足 ・ 小児 ・ 腫瘍 ・ 骨粗鬆症 ・ PRP専門療法）	
24	皮膚科	
49	泌尿器科 （傷病名　　）・成人TSC	
48	産婦人科 （婦人科疾患のみ受付）	
44	眼科	
45	耳鼻いんこう科（傷病名　　）	
25	放射線科（ 治療 ・ IMRT ・ PET-CT ） ※PET-CT検査は「保険適用」をご確認ください。	〇
46	歯科・口腔外科・矯正歯科 （傷病名　　）	
51	麻酔科（ペインクリニック）	〇
43	脳神経外科	〇
42	形成外科 （傷病名　　）	
52	リハビリテーション科 ※外来リハビリテーション訓練は原則お受けできません。	

希望医師があればご記入ください （ご希望医師の診察になるとは限らないことをご了承ください）。
医師名

当院ホームページ「医療関係者の方へ」＞「紹介患者さんの初診予約のご案内」をご参照いただき、ご記入ください。

R3.6.24