

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：地域連携室 電話：045-787-8995（直通）受付時間：月～金 9時～16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、地域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○で囲んでください。）

診療科名	紹介状事前FAX	診療科名	紹介状事前FAX
14 血液・リウマチ・感染症内科 ※ご選択ください (血液・リウマチ・感染症)	○	28 乳腺・甲状腺外科【外科治療学(旧第一外科)】	○
15 呼吸器内科 ※ご選択ください (一般外来・難治性喘息治療センター)		29 乳腺外科【消化器・腫瘍外科学(旧第二外科)】	○
16 循環器内科 (傷病名)		41 整形外科 ※ご選択ください (脊椎・膝・股関節・上肢・リウマチ・足・小児・腫瘍・骨粗鬆症・PRP専門療法・スポーツ・難治性疼痛・手)	
17 腎臓・高血圧内科		24 皮膚科 (脱毛の専門的治療は行っておりません)	
19 内分泌・糖尿病内科		49 泌尿器科	
54 脳神経内科 (認知症以外の疾患のみ受付) ※1		48 産婦人科 (婦人科疾患のみ受付)	
18 消化器内科 ※ご選択ください (一般外来・炎症性腸疾患(IBC)センター)		44 眼科	
20 臨床腫瘍科	○	45 耳鼻いんこう科 ※ご選択ください (一般外来・新生児聴覚スクリーニングリファーマ後外来)	※2
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	○	25 放射線科	○
21 小児科 (傷病名)		46 歯科・口腔外科・矯正歯科 (傷病名)	
34 心臓血管外科	○	51 麻酔科 (ペインクリニック)	○
27 消化器・一般外科【外科治療学(旧第一外科)】		43 脳神経外科	○
35 消化器外科【消化器・腫瘍外科学(旧第二外科)】		42 形成外科	
26 呼吸器外科	○	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。	

※1 認知症疾患医療センターへの予約は、原則ご家族からお電話（☎045-787-2852）をお願いします。

※2 新生児聴覚スクリーニングリファーマ後外来については、紹介状の事前FAXをお願いします。

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」>「初診予約申込方法」をご参照いただき、ご記入ください。