

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

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)】	○
			29	乳腺外科【消化器・腫瘍外科学(旧第二外科)】	○
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)		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)	
16	循環器内科 (傷病名)		24	皮膚科 (脱毛の専門的治療は行っておりません)	
17	腎臓・高血圧内科		49	泌尿器科	
19	内分泌・糖尿病内科		48	産婦人科 (婦人科疾患のみ受付)	
54	脳神経内科 (認知症以外の疾患のみ受付) ※1		44	眼科	
18	消化器内科 ※ご選択ください (一般外来・炎症性腸疾患(IBD)センター)		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後外来)	※2
20	臨床腫瘍科	○	25	放射線科	○
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	○	46	歯科・口腔外科・矯正歯科(傷病名)	
21	小児科 (傷病名)		51	麻酔科(ペインクリニック)	○
34	心臓血管外科	○	43	脳神経外科	○
27	消化器・一般外科【外科治療学(旧第一外科)】		42	形成外科	
35	消化器外科【消化器・腫瘍外科学(旧第二外科)】		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。	
26	呼吸器外科	○			

※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。

R7.10.1