

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

② 紹介元医療機関情報

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 - -	診療科:	ご連絡担当者:
	② - -		(医師・看護師・事務)
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 (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	○	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 (脊椎・膝・股関節・上肢(手・肘・肩) ・リウマチ・足・小児・腫瘍・骨粗鬆症)	
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)		24	皮膚科	
19	内分泌・糖尿病内科		49	泌尿器科 (傷病名)・成人TSC	
54	脳神経内科(認知症・認知症以外の疾患)		48	産婦人科 (婦人科疾患のみ受付)	
18	消化器内科(傷病名) ファイブロスキャン検査 ※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。		44	眼科	
20	臨床腫瘍科	○	45	耳鼻いんこう科(傷病名)	
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(治療・IMRT・PET-CT) ※PET-CT検査は「保険適用」をご確認ください。	○
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(傷病名)	
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。	

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。