

令和5年4月
公立大学法人
横浜市立大学附属病院

精神科・児童精神科外来の初診予約方法が変わります

令和5年5月より精神科および児童精神科の初診を紹介外来制とし、予約を医療機関からの申込みとさせていただきます。

- 申込は「精神科 児童精神科外来専用 紹介患者診療予約申込書」をご利用ください。
- 申込時に診療情報提供書を合わせてFAXしていただくようお願いいたします。
- 予約日時の調整は当院から紹介元の医療機関にご連絡させていただきます。
- 緊急受診が必要な場合は当院の代表電話から直接担当医にお問い合わせいただくか、地域連携室までご連絡ください。

担当
医学・病院統括部地域連携課
地域連携担当

横浜市立大学附属病院 精神科 児童精神科外来専用 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。

本申込書と診療情報提供書を合わせてFAXお願いします。

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～17時
FAX：045-787-2866（24時間受信可能）

① 患者情報

② 紹介元医療機関情報

フリガナ		性別		名称		
氏名		男・女				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			所在地等	〒 電話番号 - - FAX - -	
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 申し込み診療科(番号を○で囲んでください)

22	精神科		53	児童精神科
----	-----	--	----	-------

<紹介元医療機関の方へ>

- ・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。
- ・送信の際は、診療情報提供書を合わせてFAXしていただくようお願いいたします。
- ・予約日時の調整は当院より医療機関へご連絡させていただきます。
- ・緊急受診の場合は、代表電話から直接担当医にお問い合わせいただくか、連携室にご連絡ください。

※ 病院代表 045-787-2800