

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

送信先FAX番号: 045-253-5796 【24時間受信可能】

※FAXでの初診予約申込みは、医療機関からのみ可能です。
※個人情報ですので、お取り扱いには十分ご注意ください。

受付時間: 月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く) 9時～18時30分

※上記時間以外のお申し込みに関しては、翌営業日以降の連絡となります。

※翌日の診療予約は、前営業日の16時までにお問い合わせ致します。

【お問い合わせ】 患者総合サポートセンター・初診予約担当直通 045-253-5797

《受診希望日》 第1希望 月 日() 時頃 第2希望 月 日() 時頃

《希望受診科》 科・センター (専門 :)

※受診科が不明な場合は、代表番号へお電話いただき、「診療相談」へご相談ください。
※この用紙下部に記載しております診療科は、申し込み方法が異なりますのでご注意ください。

FAXでのお申込みは医療機関からのみとなりますが、日時は患者さんとセンター病院が直接調整することもできます。

センター病院から患者さんに連絡することを希望します。

※ が無い場合は、医療機関へ日時調整のご連絡をさせていただきます。

《紹介元医療機関》

記入日 年 月 日

名称	電話	—	—	FAX送信担当者名
	FAX <small>*必ずご記入ください</small>	—	—	
連絡事項				

《患者さんについて》 カルテ作成時に使用しますので、正確にご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	西暦 年 月 日()才	
住所	〒	電話: — —	(紹介目的) 傷病名	
日程調整の 連絡先	フリガナ	続柄	電話番号	
	氏名		— —	
当院受診歴	(有・無・不明)	状況	(通院中・入院中) (独歩・車椅子・ストレッチャー)	
画像データの 有無	<input type="checkbox"/> 画像データ(CD等) <input type="checkbox"/> 画像フィルム / <input type="checkbox"/> 事前郵送 <input type="checkbox"/> 当日持参 (病理標本は患者さんへお渡しください。) ※受診当日に画像データをお持ちになる場合は受付時間が異なりますので、できるだけご記入ください。			

※至急受診が必要な場合や、緊急入院となる可能性がある患者さんは、お電話で直接診療科へお問い合わせください。

◎可能であれば診療情報提供書も添付の上、FAXしてください。

◎以下の診療科につきましては、取り扱いが異なりますので、ご承知置きください。

*1 総合周産期母子医療センター

新生児フォローアップはお申込み前に診療科の担当医師にご相談ください。

*2 精神医療センター

患者さんまたはご家族から、外来へ直接お電話でお申込みください。

*3 形成外科(乳房再建外来)

患者さん、ご家族または医療機関から、外来へ直接お電話でお申し込みください。

*4 生殖医療センター 妊孕性温存外来(女性)、精子凍結外来(男性)

当院ホームページ内にあります生殖医療センターのサイトよりダウンロードできる診療情報提供書(神奈川県がん・生殖医療ネットワーク)に必要な事項をご記載の上、併せて送信してください。

*5 放射線治療科、ペインクリニック内科、遺伝子診療科、がんゲノム診療科

診療情報提供書を必ず送信してください。診療情報提供書を拝見してからのご案内となります。詳細は、患者総合サポートセンター・紹介予約担当:045-253-5797(直通)へご確認ください。

◎セカンドオピニオンはこの用紙では予約をお取りできません。

ご希望の際は、患者さんまたはご家族より、紹介状をご準備のうえ予約専用ダイヤルにご連絡ください。