

市大センター病院 (横浜市立大学附属市民総合医療センター)
紹介患者診療予約申込書 (FAX専用)

センター記入欄

送信先FAX番号: 045-253-5796【24時間受信可能】※医療機関からのみ

※17時以降到着分は翌営業日以降の受付 ※翌日の予約は前営業日の16時までにご利用致します。

【お問い合わせ】 医療機関専用ダイヤル 045-253-5797

電話受付時間: 月曜日～金曜日 (祝日、年末年始を除く) 9時～18時30分

《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》 耳鼻咽喉科、小児総合医療センター (専門 : 一般)

※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。

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、紹介元医療機関へ日時の調整のご連絡をいたします。

《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 * 必ずご記入ください	—	—	
連絡事項	尿中サイトメガロウイルス(CMV)検査施行の有無（有・無）				

《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 新生児聴覚スクリーニング 後外来目的
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	☐ 画像データ (CD等) ☐ 画像フィルム / ☐ 事前郵送 ☐ 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 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) に必要事項をご記載の上、併せて送信してください。

*4 放射線治療科、ペインクリニック内科、遺伝子診療科

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。

◎外国人の患者さんは、日本語が話せる方 (通訳) と一緒に来院をお願いします。

◎セカンドオピニオンはFAXではなく、患者さんまたはご家族より代表番号へお申し込みください。

当日患者さんにご記入いただきます

限度額情報の紹介	☐ 同意します ☐ 同意しません ※オンライン資格確認により限度額情報を照会します			
	氏名	カタカナ	ご関係	電話番号
緊急連絡先 (本人以外)	第1			
	第2			
	第3			