

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院

外来診療予約申込書（医療機関 F A X 専用）

申込日： 年 月 日

紹介元医療機関の

名称・住所：

医師名：

TEL：

FAX：

診療科：	科	先生
		※医師のご希望があればご記入下さい
受診予定日：	月 日	時頃
(フリガナ)		
患者氏名：	様 男・女	M・T・S・H 年 月 日 歳
住所：〒	TEL： - -	
当院への受診歴（有・無・不詳）	患者登録番号：	

送付先 FAX：045-681-9542（地域ケアサービスセンター直通）

※FAX は 24 時間稼働していますが窓口対応時間は

月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）9：00～17：00 です。

※申込書は従前の複写の紹介状用紙をお使いいただいてもお申込みいただけます。

※放射線科につきましては完全予約制で医療機関からのお申込みのみ受付致します。

※予約枠に限りがございますので、ご希望のお日にちで予約がお取りできない場合がございます。予めご了承ください。

※診察の混み具合等の状況によりましては、お持ちいただくこともございますのでご了承ください。

※予約がお取りでき次第、診療受付書を FAX 送付致しますので、患者様にお渡しいただき、当日紹介状と保険証と一緒に持ちいただくようご案内下さい。