

FAX予約 申込書

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 地域医療連携室 宛 (FAX 045-853-8356)

ご紹介医療機関の名称

ご住所 〒(-)

電話番号(- -)

FAX番号(- -)

ご紹介医師名

当院の受診科について

診療科名 科 医師名 宛

受診希望日 ① 平成 年 月 日 (曜日)

② 平成 年 月 日 (曜日)

ご都合の悪い日

がありましたらご記入ください 月 日 / 月 日

分娩希望の場合ご記入ください

現在の週数	出産予定日

目的等

横浜医療センターの受診歴 ある ない

※ありましたら診察券の番号をご記入ください。(- -)

ふりがな	性別	生年月日
氏名 (旧姓)	男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

〒(-)

住所 電話番号(- -)

※ 受診の際、「患者紹介状(診療情報提供書)」と「健康保険証」を必ず患者様に持たせてください。

☆ 翌日受診希望の場合は前日の11:00までをお願いします。
17:00以降に送られたFAXについては翌日返信いたします。

☆ 当日の予約は取れません。

★ 予約状況によって希望日にお取りできない場合がございます。その場合は予約可能な一番早い日で取らせていただきます。
10分から15分でFAXにて返信いたします。