

FAX予約 申込書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 予約センター 宛 (FAX 045-853-8363)

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 令和 年 月 日 (曜日)

② 令和 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

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	大正 昭和 平成 令和 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。

**脳神経内科/呼吸器内科/脳神経外科/皮膚科/泌尿器科/外科は
前日午前中までに診療情報をFAXお願い致します。**