

診療予約申込書

令和 年 月 日

独立行政法人労働者健康安全機構
横浜労災病院 地域医療連携室 宛
(送付先FAX 045-474-8344)

紹介元医療機関名

医 師 名

電話

FAX

①この用紙に必要事項をご記入の上、FAXで地域医療連携室へお送りください。

②地域医療連携室で受診日時を調整し、「診療予約のご案内」をFAXで返送いたします。

※調整に時間がかかる場合は、その都度ご一報いたします。

③患者さんに、FAXでお送りする「診療予約のご案内」をお渡し下さい。

※患者さんが横浜労災病院の診察券をお持ちの場合は、「氏名」「生年月日」「診察券番号」のみを記入してください。

患 者 情 報	フリガナ		性別	(備考)	
	氏名		男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年	月	日	
	現住所				
	電話	—	—		
当院診察券番号	—	—			

希 望 診 療 科 等	内分・代	腎	リウマ	腫	血	消	外	乳	呼	呼	循	不	心	神	小	整	整	形	形	脳	心	皮	泌	産	眼	耳	放	歯	親		
	尿病	臓	マ	瘍	液	化	科	腺	吸	吸	環	整	療	経	児	形	人	末	脊	成	神	臓	膚	尿	婦	科	鼻	射	科	歯	知
		科	チ	内	内	器	科	外	器	器	器	脈	内	内	科	外	工	梢	椎	外	経	管	科	人	科	咽	線	科	科	外	来

※総合診療部は予約不要です。

※当院での分娩をご希望の場合は、直接産婦人科外来にご相談下さい。

(平日15時～17時に代表番号(045-474-8111)にかけ、「産婦人科外来」とお申し付け下さい。)

希望 医師	[]	医師	・	指定なし
----------	-----	----	---	------

受 診 希 望 日 時	第1希望	年	月	日()	曜日	午前・午後	時頃
	第2希望	年	月	日()	曜日	午前・午後	時頃
	第3希望	年	月	日()	曜日	午前・午後	時頃
	希望日時無し	← この場合は、直近の日時で予約をお取りします。					