

地域連携室 宛 (FAX 045-331-1333)

FAX受信後、速やかに診療予約票（患者様用）を返信します

予約希望	<input type="checkbox"/> 至急の予約 <input type="checkbox"/> 普通予約
予約希望日	

紹介元医療機関

の名称・所在地
医 師 名

希望担当医 _____ 先生

TEL (_____)
FAX (_____)

横浜保土ヶ谷中央病院の受診歴 あり (ID番号: _____) なし 不明

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 (_____) TEL (_____) - _____		
連絡先	TEL (_____) - _____		

保険情報記入欄 (保険証のコピーと一緒にFAXして頂いても結構です。)

主保険	保 険 者 番 号				記 号 ・ 番 号				続 柄	
					.				1.本人 2.家族	
併用保険	公 費 負 担 者 番 号				受 給 者 番 号				諸 法 関 係	
	①									<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 公害 <input type="checkbox"/> 交通事故
②									<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

受診希望の診療科に○を入れてください。

内科新患	消化器	呼吸器	循環器	腎臓・血液透析	膠原病リウマチ	糖尿病	神経内科	精神科	小児科	外科新患	乳腺	肝・胆・膵	上部消化管	大腸・肛門	血管	呼吸器	整形外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	形成外科	リハビリ科	脳神経外科	歯科口腔外科
	専 門 内 科						専 門 外 科																			

※ 栄養相談のご予約をFAXでされる場合は、「栄養相談依頼」の旨を下記の備考欄に記入後、本用紙をFAXしてください。

備考：