

横浜新緑総合病院地域連携室 行 FAX 045-984-6271 ①ファクシミリ用

※) 保険情報は、保険証の写しをFAXしていただければ記載不要です。

公費負担者番号						保 険 者 番 号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					
上記以外の公費(有・無)						被保険者との続柄(本人・家族)					

紹介先医療機関名 平成 年 月 日
 横浜市緑区十日市場町1726-7
横浜新緑総合病院

科 先生

受診希望日 月 日 緊急の(有・無) フリガナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住 所 TEL. - -

横浜新緑総合病院への受診歴(有・無・不詳)

診療情報提供書(紹介状)〔ファクシミリ送信用〕

◎診 察 時 間 9:00～13:00
 14:00～17:00(土曜日除く)
 ※受付は診療時間終了の30分前までです。
 ※科によって例外の受付時間を設定している場合もありますので
 事前にお尋ねください。

◎準 夜 時 間 17:00～19:00(月～金)
 (外科・内科・整形外科・脳神経外科) 13:00～15:00(土)
 ※受付は診療時間終了の15分前までです。

◎休 診 日 日・祝祭日・年末年始

◎地域医療連携室 業務時間 月～土 8:30～19:00
 FAX 045-984-6271
 TEL (直通) 045-984-6216
 045-984-6247
 (代表) 045-984-2400

※緊急入院が必要な場合は、担当科の医師へ直接取次ぎますので、お電話でご連絡ください。
 来院決定の時点で診療情報提供書(紹介状)をFAX送信してください。