

患者紹介事前カルテ作成状

横須賀市立市民病院 地域医療連携室 横須賀市長坂1丁目3番地2号

(直通)046-858-1821・(FAX)046-858-1826

____年 ____月 ____日

診療希望日(西暦) _____年 _____月 _____日

希望診療科名 _____科 _____先生

外来診療 ・ 救急外来診療

フリガナ

患者氏名 _____様 (男・女)

生年月日(西暦) _____年 ____月 ____日 (____歳)

住 所 _____

電 話 (_____) _____

携帯電話 (_____) _____ ※日中必ず連絡
が取れる番号

市民病院への受診歴 有 ・ 無 ・ 不詳

紹介元施設名称 _____

所在地 _____

医師名 _____

連絡先又は (直通) (_____) _____

担当者名 (FAX) (_____) _____

来院方法 徒歩 ・ 自家用車 ・ 救急車

*FAX受信後の指示を選択してください。

患者さんから市民病院へ連絡する。

市民病院から患者さんへ連絡する。

予約済みです。

来院時は必ず保険証を

初診完全予約制について
精神科、内分泌・糖尿病内科、リウマチ科、
放射線科など、初診完全予約制となっております。
詳しくは地域医療連携室までお問い合わせ下さい。

地域医療連携室
平日8時30分～17時
土曜日8時30分～12時30分
上記時間外の救急患者さんの
ご紹介は、救急外来にご連絡ください。