

横浜栄共済病院 F A X 初診受付

公費負担者番号				
公費需給者番号				

保険者番号				
記号・番号				
継続の有・無	被保険者との続柄(本人・家族)			

紹介先医療機関名

紹介元医療機関
の名称・所在地

横浜栄共済病院 宛

医 師 名 印

科 先 ☎ - -

フリガナ

患者氏名 様 男・女 M.T.S.H 年 月 日生(才)

患者住所 ☎ - -

入院の希望(有・無) 当院への受診歴(有・無・不詳)

受診希望日 年 月 日

[簡単なコメント]

上記の方につきましてよろしくお願ひします。

横浜栄共済病院 FAX 初診受付案内

F A X 番 号 0 4 5 8 9 5 8 3 7 5 (24 時間)

FAX 票には、お手数ですが保険の記号番号及び患者氏名、ふりがな、生年月日、住所等をご記入願ひます。

なお、保険につきましては保険証のコピーの FAX でも可能です。

カルテを事前に作成して用意しますので、早めにお願ひします。

FAX 票のみでも結構ですが当日来院する際、必要でしたら情報提供書()を患者さんに持たせて下さい。

お問合せ

・平 日(月) 8:30~17:30

地域医療連携室 業務 時間

・平 日(火~金) 8:30~17:00

・平 日第1、第3、第5(土) 8:30~12:30

電 話 0 4 5 8 9 1 2 1 7 1 (内線 530)

F A X 0 4 5 8 9 5 8 3 7 5

ご 紹 介 あ り が と う ご ざ い ま し た。