FAX. 045-576-3547
TEL. 045-576-3546

済生会横浜市東部病院　地域医療連携室 行

済生会横浜市東部病院

＊こちらの申込書はホームページより
ダウンロードしてもご利用いただけます

（医療機関専用予約外来）メモリークリニック検査申込書

□太枠内すべて記入し FAX 送信下さいますようお願いします。
本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に 2 階脳神経センター受付にご提出いただきますようお伝え下さい。

予約日時　　月　　日　　：

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴　□ 無　□ 有　□不明

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記	
生年月日	□明　□大　□昭　□平　　年　　月　　日	電話番号	自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢　　歳	性別　□ 男性　□ 女性
保険区分	□ 健康保険　□ 公費12　□ 自賠　□ その他（　　）		

病名・症状（主訴）

現病歴（経過）

現在の処方・その他

＊薬物アレルギー　□ なし　□ あり⇒（詳細　　）

ver.01_2012