

# 救急相談センター医療機関案内

## F A X 送信票

送信先	横浜市救急相談センター 宛
FAX番号	045(212)3808

発信日時	年 月 日( )	
	午前	時 分
	午後	

ふりがな 氏名		男 ・ 女	才
住所	横浜市	区	町
FAX番号	045 ( )		
受診したい診療科			
症状 (わかる範囲で)			

○症状から、受診適当な診療科の判断はできませんので、「受診したい診療科」は必ずご記載ください。

○お送りいただいた情報を元に受診できる医療機関をお探しします。

○可能な限りお住まいの地域(区)の医療機関をご案内できるようお探しいたしますが、時間帯や曜日によっては、お住まいの地域(区)でのご案内ができない場合があります。

○急な病気やけがの緊急性の確認などは、パソコンやスマートフォンの画面上で確認できる「横浜市救急受診ガイド」をご利用ください。  
「横浜市救急受診ガイド」で検索、またはQRコードからもアクセスできます。  
各区消防署にて、冊子版も配布しています。

