

FAX用受診申込書

令和 年 月 日

紹介先：群馬県立小児医療センター

科	紹介元機関名 所在地 電話番号 FAX番号 医師名
医師 あて	

医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください。

◎受診希望日：第一希望 月 日()、第二希望 月 日()

※当日のご予約はご希望にお応えできない場合があります。

今回のご依頼は	診察	診療科一覧	一般内科 神経内科 循環器科 血液腫瘍科
	診察(入院依頼)		腎臓内科 アレルギー科 一般外科 心臓血管外科
	診察と検査()		形成外科 整形外科 新生児科 産科 歯科
			内分泌代謝科

保険者番号	記号・番号	本人・家族
公費負担者番号	受給者番号	
福祉市町村記号	受給者番号	

※保険証等のコピーをFAXでも可

患者情報	フリガナ	生年月日	性別
	患者氏名	昭・平	男・女
	住所	〒 -	TEL. ()
	主訴		

※本受診申込書を送信いただきますと、折り返し「予約通知書」をFAX返信いたしますので患者様にお渡し願います。

○受診当日に持参していただくもの

健康保険証、紹介状及び「予約通知書」を来院の際に、窓口へお出しください。

なお、母子手帳・福祉医療券の交付を受けている場合は、一緒に窓口へお出しください。

- ☆ 休 診 日：土曜日、日曜日、祝祭日、年始年末（12月29日～1月4日）
- ☆ FAX受付時間：平日8時30分～17時
- ☆ 時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休診日明けとなります。

◎お問い合わせ先：群馬県立小児医療センター（〒377-8577 群馬県渋川市北橋町下箱田779番地）

担当：地域医療連携室

電話：0279-52-7171（地域医療連携室直通電話）

0279-52-4000（患者予約用電話）

FAX：0279-52-7333

ホームページ <http://www.gcmc.pref.gunma.jp>群馬県立小児医療センター 診察申込書

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

紹介先：群馬県立小児医療センター

科 医師 あて 医師を指定されない場合は、 診療科のみご記入ください。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>紹介元機関名</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>所在地</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>FAX番号</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>医師名</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	紹介元機関名	0	所在地	0	電話番号	0	FAX番号	0	医師名	0
紹介元機関名	0										
所在地	0										
電話番号	0										
FAX番号	0										
医師名	0										

◎ 受診希望日：第一希望 月 日()、第二希望 月 日()
 ※当日のご予約はご希望にお応えできない場合があります。

今回の ご依 頼は	診察	0	0	0	0	診療科 一 覧	一般内科 神経内科 循環器科 血液腫瘍科
		0	0	0	0		腎臓内科 アレルギー科 一般外科 心臓血管外
	診察(入院依頼)	0	0	0	0		
		0	0	0	0		形成外科 整形外科 新生児科 産科 歯科
	診察と検査(	0	0	0	0		内分泌代謝科
		0	0	0	0		

注) 1. 治療に必要と思われる画像診断のフィルム・検査の記録等がある場合は添付をお願いします。
 2. 貴院で所定の診療情報提供書がある場合は、それを添付していただいても構いません。

添付資料	有 ・ 無
------	-------------

患 者 情 報	フリガナ	0	生年月日	性別
	患者氏名	0	昭・平 年 月 日(歳)	男・女
	住 所	〒 ー TEL. ()		
	主 訴	0		
	既往歴 及び 家族歴	.....	
	症状経過 及び	.....	
	検査結果	.....	
	治療経過	.....	
	現在の処方	.....	
	備 考	.....	