

## 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

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。

紹介元機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

◎ 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	総合診療科 神経内科 子どものこころ診療科
	診察(入院依頼)		循環器科 血液腫瘍科 腎臓内科
	診察と検査( )		アレルギー・リウマチ科 感染症科 遺伝科 一般外科 心臓血管外科 形成外科 整形外科 新生児科 歯科・障害児歯科

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 年 月 日( )	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、窓口へお出してください。

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てください。

☆ 休 診 日：土曜日、日曜日、祝祭日、年始年末（12月29日～1月3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 群馬県渋川市北橘町下箱田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 <https://cmc.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。	紹介元機関名 所在地 電話番号 FAX番号 医師名
--	---------------------------------------

◎ 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  診察(入院依頼)  診察と検査( )	診療科 一 覧	総合診療科 神経内科 子どものこころ診療科 循環器科 血液腫瘍科 腎臓内科 アレルギー・リウマチ科 感染症科 遺伝科 一般外科 心臓血管外科 形成外科 整形外科 新生児科 歯科・障害児歯科
-------------	------------------------------------	------------	--

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結構です。

添付資料	有・無
------	-----

患者情報	フリガナ		生年月日	性別
	患者氏名	昭・平	年 月 日( )	男・女
主訴	住 所	〒 -	TEL. ( )	
	既往歴 及び 家族歴			
検査結果	症状経過			
	及び			
治療経過	検査結果			
	治療経過			
	現在の処方			
	備 考			