

FAX番号 0279-52-2100

FAX送信用
(産科用)

F A X 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

産 科

<p>外来担当医師 あて</p> <p>※医師を指定される場合は、医師名と理由をご記入下さい。</p> <p>()</p>	<p>紹介元機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>FAX番号</p> <p>医師名</p>
--	--

患者情報	保険者番号:	記号・番号	本人or家族
	フリガナ		生 年 月 日
	患者氏名	昭・平	年 月 日(歳)
	住 所	〒 — — TEL(可能なら携帯): — —	

分娩予定日	令和 年 月 日 ・ 未定
紹介理由・診断	妊娠 週 日、初産・経産 ()

※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。
※診療情報提供書(紹介状)は、受診日に患者様にご持参頂きますようお願い申し上げます。

○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。

- ☆ 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 群馬県渋川市北橋町下箱田779番地)
担当：産科外来
電話：0279-52-3551(病院代表)
産科外来もしくは産科医師をご指定ください
ホームページ <https://cmc.pref.gunma.jp>