

FAX番号 0279-52-2100

FAX送信用

(産科用)

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

産 科

外来担当医師 あて

※医師を指定される場合は、
医師名と理由をご記入下さい。

()

紹介元機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

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
	旧姓※ある方のみ	フリガナ()	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、窓口へお出しください。

☆休 診 日 : 土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始(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 : 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>