

◀ (送信方向)

専用FAX 027-220-7777

群馬大学医学部附属病院
患者支援センター 連携担当 宛
TEL 027-220-7733

< 発信医療機関 >

所在地
名称
TEL
FAX
診療科 医師名

連絡担当者名

初診予約申込書

・休診日及び17時以降のFAXは、
翌稼働日の対応となります。
・翌日の予約受付は14:30までとなります。
なお、当日の予約はお受けしておりません。

| | | | |
|-------------------|--|-------------------|---|
| 申込日 | 年 月 日 | | |
| フリガナ | 大正・昭和・平成・令和 | | |
| 氏名 | 性別 | 男・女 | 生年月日 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 () - |
| | | | 携帯番号 |
| 保険者番号 | 区分 | 本人・家族 | 公費負担者番号 |
| 記号・番号 | ・ | | 公費受給者番号 |
| 資格取得日 | 割合 | 割 | 有効期限 ~ |
| 傷病名 及び 紹介目的 | ・緊急性のある患者、または緊急性の判断に迷う場合は、遠慮なく診療科へ直接ご連絡ください(代表:027-220-7111) | | |
| 貴院に入院中ですか | はい(月 日退院予定)・いいえ | 群大病院受診歴 | 有(年前)・無・不明 |
| 予約希望日 | 第1希望日 月 日(曜日) | 第2希望日 月 日(曜日) | 紹介元医師確認欄 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 |
| | ◆諸事情により紹介状の宛名とは別の医師が診察を担当させていただく場合がございます。あらかじめご了承ください。 | | |

該当の診療科分類に○をつけてください。

※ セカンドオピニオン外来のご予約は別の「申込書」になります。

※ 小児科以外の診療科は別の申込書になります。

| 分類 | 初診予約受付日 | 初診日の注意点 |
|----------------------------|-------------|---------|
| アレルギー・免疫・膠原病 | 月・木・金 | |
| 消化器・肝臓 | 火・金 | |
| 腎 | 木 | |
| 神経 | 水 | |
| 内分泌・糖尿病・先天性代謝異常 | 金 | |
| 血液・腫瘍・CCS | 月・水・木・金 | |
| 循環器 | 第1水・第3水 | |
| 新生児 | 第4月・第5火・第2木 | |
| 発達・精神 | 月 | 家族診 |
| × 先天性代謝異常等検査(新生児マススクリーニング) | 外来へ至急連絡 | |

当日、母子手帳と成長の記録がわかるものをご持参ください。

なお、学校検診の場合には、学校書類等もご持参ください。

家族診:まずご家族のお話を聞かせていただき、次の受診時に
お子さんも一緒に来院頂きます。

小児科外来直通番号 027-220-8209 (受付時間8:30-16:30)

外来が繋がらない場合には、代表番号へご連絡ください。