

◀ (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	平成 年 月 日		
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒		電話番号 () -
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	割合	有効期限 ~
傷病名及び紹介目的			
貴院に入院中ですか	はい・いいえ	群大病院受診歴	有・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)	希望日なし
◆診療科としての予約をお受けしています。医師個人の予約はできません。			

該当の診療科または分類に○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。

診療科名	初診予約受付日
循環器内科(一般)	火・木
循環器内科(心臓CT)	火
呼吸器・アレルギー内科	月・金
内分泌糖尿病内科	月・水・金
消化器・肝臓内科(上部消化管)	月・水・金
消化器・肝臓内科(下部消化管)	月・水・金
消化器・肝臓内科(胆・膵)	月・水・金
腎臓・リウマチ内科	月・水・木
血液内科(一般)	月・水・木
血液内科(凝固外来)	金
脳神経内科	火・金
循環器外科	月・金
呼吸器外科	月・金
消化管外科(食道)	木
消化管外科(胃)	月・水・金
消化管外科(大腸)	木
肝胆膵外科	月・火・水・金
乳腺・内分泌外科	月・水・金
小児外科	火・金
形成外科	火・水・木
小児科	月・水・木・金
皮膚科	月・金
整形外科(手の外科外来)	月
整形外科(腫瘍外来)	火
整形外科(膝外来)	火
整形外科(脊椎外来)	水
整形外科(リウマチ外来)	木
整形外科(肩外来)	金
整形外科(股関節外来)	金
整形外科(スポーツ外来)	金
泌尿器科	月・火・木
眼科	月・水・木・金
耳鼻咽喉科	月・火・木・金
放射線科	月・火・水・金
産科	月・火・木・金
婦人科(一般)	月・水・金
婦人科(不妊症外来)	月・水・金
麻酔科蘇生科	月・金
脳神経外科	火・金
歯科口腔・顎顔面外科	火
核医学科	月・木
重粒子線医学センター	月・木
検査部(診療部門)	火・水・金
総合診療部(一般)	月・金
総合診療部(和漢診療)	月・金

注：上記の表に記載されている曜日は初診予約受付日ですので、通常の診療日とは異なる場合がございます。

診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

群馬大学医学部附属病院

(前橋市昭和町三丁目39番15号 TEL 027-220-7111)

科

担当医

殿

所在地

医療機関名

電話番号

(FAX)

医師氏名

印

患者	氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(歳)	職業

紹介目的	
傷病名	
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	群馬大学医学部附属病院受診歴 有 ・ 無 (有の場合 科 年 月頃)

注1. 必要がある場合には続紙に記載して添付すること。

注2. 必要が有る場合には画像診断のフィルム, 検査の記録を添付すること。