

(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。

Form with fields for application date, name, sex, birth date, address, insurance, and appointment preferences.

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。

Table with 20 columns for medical departments and their operating days. Includes departments like Internal Medicine, Surgery, Pediatrics, etc.

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。

2018.6 更新版①

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。