

◀ (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

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。

# 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			性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
フリガナ				氏名		電話番号	( ) -	
住所	〒							
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 紹介目的								
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		第2希望日		第3希望日			
	月 日( 曜日)		月 日( 曜日)		月 日( 曜日) 希望日なし			
◆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。								

診療科名	循環器内科(一般)	呼吸器・アレルギー内科	内分泌糖尿病内科	消化器・肝臓内科		腎臓・リウマチ内科	血液内科		脳神経内科	循環器外科	呼吸器外科	消化管外科		肝胆膵外科	乳腺・内分泌外科	小児外科	形成外科	小児科	皮膚科	整形外科										泌尿器科	眼科				耳鼻咽喉科	放射線科	産科婦人科		麻酔科蘇生科	脳神経外科	歯科口腔・顎顔面外科	核医学科	重粒子線医学センター	検査部(診療部門)	総合診療科	
				(上部消化管)	(下部消化管)		(胆・膵)	(肝臓)				(一般)	(凝固外来)							(食道)	(胃)	(大腸)	(腫瘍外来)	(膝外来)	(脊椎外来)	(側弯症外来)	(リウマチ外来)	(肩外来)	(股関節外来)		(スポーツ外来)	(網膜硝子体)	(黄斑)	(緑内障)			(斜視)	(ぶどう膜炎)							(角膜)	(眼形成・涙道)
初診予約受付日	火・木	月・金	月・金	月・水・金	月・水・金	月・水・金	月・水・木	月・水・木	金	火・金	月・金	月・金	木	月・水・金	月・火・水・金	月・水・金	火・金	月・水・木・金	月・金	月	月(第1のみ)	火	火	水	木(第2・4)	金	金	金	月・火・木	月・水・金	水・金	月・木	月・金	月・水・木・金	月・火・水・金	月・水・金	月・火・水	月・金	火・金	火	月・木	月・金	火・水・金	月・金	月・金	

※ 初診予約受付日と、通常の診療日とは異なる場合がございます。※精神科神経科のご予約は外来に直接お問合せください。

2018年10月 更新版

## 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。