

◀ (送信方向)

専用FAX 027-220-7777

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。

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。

申込日	年 月 日								
フリガナ				性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
氏名							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 紹介目的	<p>・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)</p>								
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		紹介元医師確認欄				
	月 日(曜日)		月 日(曜日)		希望日なし		<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。									

診療科名	循環器内科		消化器・肝臓内科		血液内科		整形外科										眼科		耳鼻咽喉科	産科婦人科				核医学科		総合診療科																															
	(一般)	(成人先天性心疾患)	(息切れ外来)	(不整脈外来)	呼吸器・アレルギー内科	内分泌糖尿病内科	(上部消化管)	(下部消化管)	(胆・膵)	(肝臓)	腎臓・リウマチ内科	(一般)	(凝固外来)	脳神経内科	循環器外科	呼吸器外科	(上部消化管外科)	(下部消化管外科)	肝胆膵外科	乳腺・内分泌外科	小児外科	形成外科	皮膚科	(手の外科外来)	(小児整形外来)	(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)	泌尿器科	(網膜硝子体)	(黄斑)	(緑内障)	(斜視)	(角膜)	(涙道)	(ぶどう膜炎)	(その他)	(一般)	(小児難聴)	放射線科	(産科)	(出生前相談)	(婦人科一般)	(リプロダクション)	麻酔・集中治療科	脳神経外科	歯科口腔・顎顔面外科	(核医学)	(IVR)	重粒子線医学センター	検査部(診療部門)	(一般)
初診予約受付日	火・木	水	木	金	なし	月・水・金	月・水・金	月・水・金	月・水・金	月・水・木	月・水・木	月	火・木・金	火・木・水	月・水	月・水・木・金	月・火・木・金	月・火・水・金	月・火・水	火・金	火・水	月・金	月	火	火	水	水(第2・4)	木	金	金	金	月・水・金	水・金	月・木	月・金	月	木	月・水・木・金	月・火・木・金	月・火・水・金	月・水・金	木	月・水・金	月・水・金	火・水・金	火・水・金	月	月	月・金	火・水	月・木	月・木	月・木				

※ 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。※小児科は別の申込書となります。

2022年4月 更新版

◀ (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				性別	男・女
氏名				生年月日	大正・昭和・平成・令和 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	第2希望日	紹介元医師確認欄		
	月 日(曜日)	月 日(曜日)	希望日なし	<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。

診療情報提供書(紹介状)

令和 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	大・昭・平・令 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。