

診察申込書(FAX送信用)

群馬県済生会前橋病院

記入日 年 月 日

	科		医師		紹介元医療機関の 名称及び所在地
第1受診希望日	年	月	日()	時頃	電話番号
第2受診希望日	年	月	日()	時頃	F A X
					医師氏名
					受診歴 あり・なし・不明

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
住所	〒 -	電話番号	- -	
保険者番号		本人	公費負担者番号	
記号・番号		家族	受給者番号	
健康保険外	〔自賠・労災・公災・その他()〕(負担割合: 1割 2割 3割)			

ご 依 頼 内 容	診察・入院・検査・セカンドオピニオン外来 傷病名〔					〕
	画 像 診 断	CT	部位〔	造影〔要・不要〕	Cr〔	〕mg/dl
		MRI	画像データ出力〔フィルム・CD-R〕			
	内 視 鏡 検 査	AG・ECHO・マンモグラフィー (MMG) ※マンモグラフィーの予約は外科にご紹介下さい。 ※AGは各科入院の上行いますので、診療科にご紹介下さい				
	心 機 能 検 査	上部消化管 ・ 下部消化管				
心 機 能 検 査	心臓カテーテル造影検査・心ECHO・負荷心電図・その他() ※カテーテル検査は入院の上行いますので、診療科にご紹介下さい					
そ の 他 の 検 査	() 具体的にご記入下さい					

- * 来院の際は、『地域連携課』でお受け致しますので、紹介状・健康保険証及びこの〔診察申込書〕あるいは〔予約通知書〕を添えて窓口へお出し下さい。
- * 指定された医師が急患等で診察できない場合は、他の専門医が診察をさせていただきます。

診療受付時間

休 診 日

午前8時30分～11時(土曜日は第1・3のみ)

日曜日、祝祭日、土曜日(第2・4・5)、
年末年始(12/29～1/3)

**※予約済みの方は、予約時間の
30分前までにご来院下さい。**

※ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

群馬県済生会前橋病院 地域連携課

〒371-0821 前橋市上新田町 564-1

TEL 027-252-1751 (直通)

FAX 027-252-6102 (直通)

<http://www.maebashi.saiseikai.or.jp>

E-mail: renkei@maebashi.saiseikai.or.jp