

# 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〕	
	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			
	内 視 鏡 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、1階2番『初めての方、紹介状をお持ちの方』窓口でお受けいたしますので紹介状・健康保険証・予約票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)  
**※予約済みの方は、予約時間の  
30分前までにご来院下さい。**

日曜日、祝日、土曜日 (第2・4・5)  
 年末年始(12/29～1/3)

※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