

FAX送信先 027-322-5925 : 地域医療支援・連携センター事務室  
(事前予約のFAXは、午後5時までをお願いします)

X線一般撮影 共同利用 診療情報提供書

ID No 0 - -

当センターで以前診療を受けたことがあり、  
登録番号が分かる場合

フリガナ		性別	生年月日	年齢
受診者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生	歳
現住所	〒 -	電話番号	( )	
	都 道 市 町 府 県 区 村 番地 郡			

○撮影部位 \*基本 午後の撮影で データは後日郵送となります

胸部撮影 1. 正面 2. 正面+側面(左付け) 3. 正面+側面(右付け)

腹部撮影 1. 立位 2. 臥位 3. 立位+臥位

その他 ( )

○検査(紹介)目的

病名(含疑)

既往歴 経過 処方 等

紹介元医療機関名

紹介先医療機関名

独立行政法人

高崎総合医療センター

国立病院機構

ご来院希望日(診療日)

所在地

● 本日 (カルテの作成上、15時までに来院)

電話

● 平成 年 月 日 ( ) 時 頃

FAX

● 特別事項

診療科 \_\_\_\_\_ 科

・フィルム出力

・当日渡し

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

ご案内

- ◎ このFAX専用紙をお送りいただきますと、患者様診療録(カルテ)を事前に作成いたします。
- ◎ FAX受領後、速やかにお返事をさせていただきます。
- ◎ 時間外、土・日・祝日に受領した場合は、翌診療日に対応させていただきます。

# 一般撮影共同利用

氏名

生年月日 S・H 年 月 日

検査日 月 日 時頃

お申込みいただいた時間の前にお越しいただき、

1階「①紹介状をお持ちの方」窓口にご用紙をお出してください。

1. 受付の後は「本日のご案内」をお持ちになり 放射線科受付「J」に用紙をお出してください。  
撮影後会計はありません そのままご帰宅下さい。
2. 休診日  
土曜日・日曜日・祝祭日
3. お持ちいただくもの
  - 1) この用紙
  - 2) 健康保険証等（本人確認に必要）
  - 3) 診察券（すでに当センターの診察券をお持ちの方）
4. 案内図



◎不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

高崎総合医療センター 地域医療支援・連携センター事務室

〒370-0829 高崎市高松町 36

地域医療支援・連携センター事務室 業務時間 午前 8:30～午後 5:15

(日・祝日を除く)

電話 (代表) 027-322-5901

(直通) 027-322-5835