

専用FAX:027-322-5925

事前予約申込書(FAX専用)

独立行政法人
国立病院機構
ご希望来院日

高崎総合医療センター宛

記入日 年 月 日

●第1希望: 月 日 () 時

紹介元医療機
関名称及び所
在地

電話番号

●第2希望: 月 日 () 時

F A X

●希望日なし: いつでも可 早めに()

診療科

医師氏名

予約日時
月 日 () 時 分

ID No [] [] [] - [] [] [] [] - []

高崎総合医療センター受診歴 あり なし

●ご予約のお返事のタイミング 至急 本日中 翌診療日以降

●紹介状の事前FAXお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
受診者氏名	(旧姓)		大・昭・平・令 年 月 日生	歳
現住所	〒 - 都道 府県	電話番号	市 町 番地 区 村	

(希望)担当医師名	【傷病名・紹介目的】
-----------	------------

持参(予定)資料:なし CT MRI 単純X-P 心電図 その他()
画像情報ネットワーク使用: あり なし

ご依頼内容	診療科・特殊外来	<input type="checkbox"/> 総合診療科・内科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科
		<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/> 整形外科 (肩)	<input type="checkbox"/> 眼科
		<input type="checkbox"/> 消化器内科 (消化管)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (脊椎)	<input type="checkbox"/> 眼科成眼窩外科
		<input type="checkbox"/> 消化器内科 (膵・胆・肝)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (一般)	<input type="checkbox"/> 精神科
		<input type="checkbox"/> 消化器内科 (一般)	<input type="checkbox"/> 外科 (消化器外科)	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
		<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
		<input type="checkbox"/> 心臓血管内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
		<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児外科	
		<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 栄養サポート外来	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導外来(地域連携食事指導)		
検査共同	放射線	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT :【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (部位)】 <input type="checkbox"/> 核医学【 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他】 <input type="checkbox"/> 一般撮影:【 <input type="checkbox"/> 胸部撮影 1. 正面 2. 正面+側面(左付け) 3. 正面+側面(右付け)】 【 <input type="checkbox"/> 腹部撮影 1. 立位 2. 臥位 3. 立位+臥床 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 心臓CT		

ご案内

- ◎担当医師のご希望には、必ずしも添えない場合がありますことをご了承ください。
- ◎FAX受領後、速やかにお返事をさせていただきますが、担当医師との調整にお時間を要する場合がございます。
- ◎時間外(平日6時30分、土曜午後5時30分以降)、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。
- ◎FAX送信後のこの用紙は、受診日にご持参くださいますように患者さんにお渡しください。