

事前予約申込書 (FAX専用)

専用FAX: 027-322-5925

独立行政法人国立病院機構 **高崎総合医療センター**
 地域医療支援・連携センター宛

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご希望来院日

- 第1希望: _____ 月 _____ 日 ()
- 第2希望: _____ 月 _____ 日 ()
- 希望日なし: いつでも可 早めに()

紹介元医療機関名
 所在地
 電話番号
 FAX
 診療科
 医師氏名
 窓口担当者名

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

フリガナ				生年月日	年齢
氏名	(旧姓)			大・昭・平・令	歳
	〒 _____	電話番号	_____	携帯番号	_____
住所					

(希望)担当医師名	【傷病名・紹介目的】
◎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。	

持参(予定)資料: なし CD-R(画像資料等) 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"/> 整形外科 (肩)	<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 (膝)	<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"/> 眼形成眼窩外科
		<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"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 外科 (消化器外科)	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
		<input type="checkbox"/> 心臓血管内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
		<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
		<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 栄養サポート外来
		<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導外来(地域連携食事指導)
検査共同利用	放射線診断科	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT :【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (部位)】 <input type="checkbox"/> 心臓CT <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"/> 骨密度測定:腰椎+大腿骨【 <input type="checkbox"/> 全身体組成測定希望(ただし20~80歳女性に限ります)】		

ご案内

- ◎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(平日午後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。
- ◎紹介状の事前FAXをお願いします。事前にCD-Rの郵送を依頼することがあります。

ご予約時間の30分前までにお越しいただき、受付窓口はこの用紙をお出してください。

1. 受付場所

本館1階「①紹介状をお持ちの方」窓口

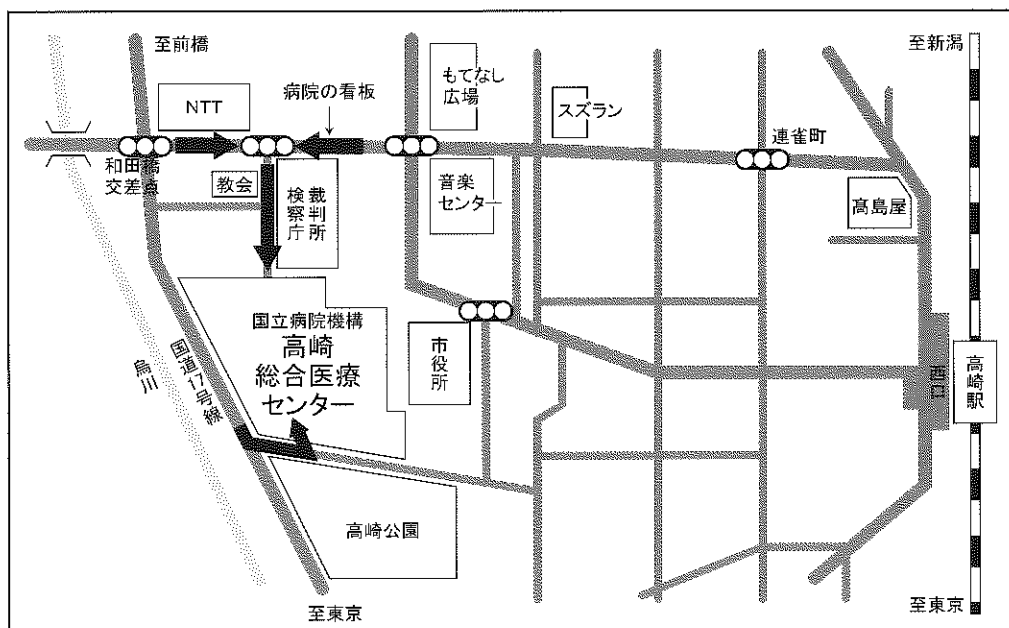
2. 休診日

土曜・日曜・祝祭日

3. お持ちいただくもの

- 1) 紹介状（診療情報提供書、検査結果等紹介元病・医院よりの資料）
- 2) 健康保険証（保険診療の場合）、福祉医療券、障害者手帳、難病手帳
- 3) 診察券（すでに当センターの診察券をお持ちの方）
- 4) お薬手帳または現在お飲みになっているお薬
（診療の前にお薬の確認をさせていただく場合があります）

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ください。

高崎総合医療センター 地域医療支援・連携センター

〒370-0829 高崎市高松町36

業務時間 平日 午前8:30～午後6:30

土曜日 午前8:30～午後5:30

※土曜日は、ご相談の内容によって
お返事が翌週になる場合がございます。

（日・祝日を除く）

電話 027-322-5901（代表）

027-322-5835（医療機関専用直通）

FAX 027-322-5925（直通）

ホームページ <https://takasaki.hosp.go.jp/>