2026.3Ver

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

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

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（　　）

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		男・女	生年月日	年齢
氏名	（旧姓　　）		大・昭・平・令　年　月　日	歳
住所	〒　　−	電話番号	携帯番号	

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いします。

（希望）担当医師 □なし　□あり（　　） ◎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。	【傷病名・紹介目的】

持参（予定）資料：□なし　□CD-R（画像資料等）　□その他（　　）

ご依頼内容

診療科・特殊外来			
□総合診療科・内科	□泌尿器科	□産婦人科
□心臓血管内科	□心臓血管外科	□小児科
□消化器内科（消化管・一般）	□外科（消化器外科）	□小児外科
□消化器内科（膵・胆・肝）	□耳鼻咽喉科・頭頸部外科	□皮膚科
□呼吸器内科	□呼吸器外科	□形成外科
□脳神経内科	□脳神経外科	□眼科
□内分泌・代謝内科	□乳腺・内分泌外科	□眼形成眼窩外科
□腎臓膠原・リウマチ内科	□歯科口腔外科	□放射線治療科
□整形外科（一般）	□整形外科（脊椎）	□栄養サポート外来
□整形外科（膝）	□整形外科（肩）	□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	
		□MRI　□CT：【□単純　□造影（部位　　）】　□心臓CT：専用の診療情報提供書と一緒にFAXしてください
		□核医学　【□骨　□ガリウム　□その他（　　）】
		□骨密度測定：□全身＋体組成測定（対象：20〜80歳女性）　□腰椎のみ　□腰椎＋大腿骨

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。
◎急患・転院相談の場合は、先にお電話をください。

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センターに受診される紹介患者さん

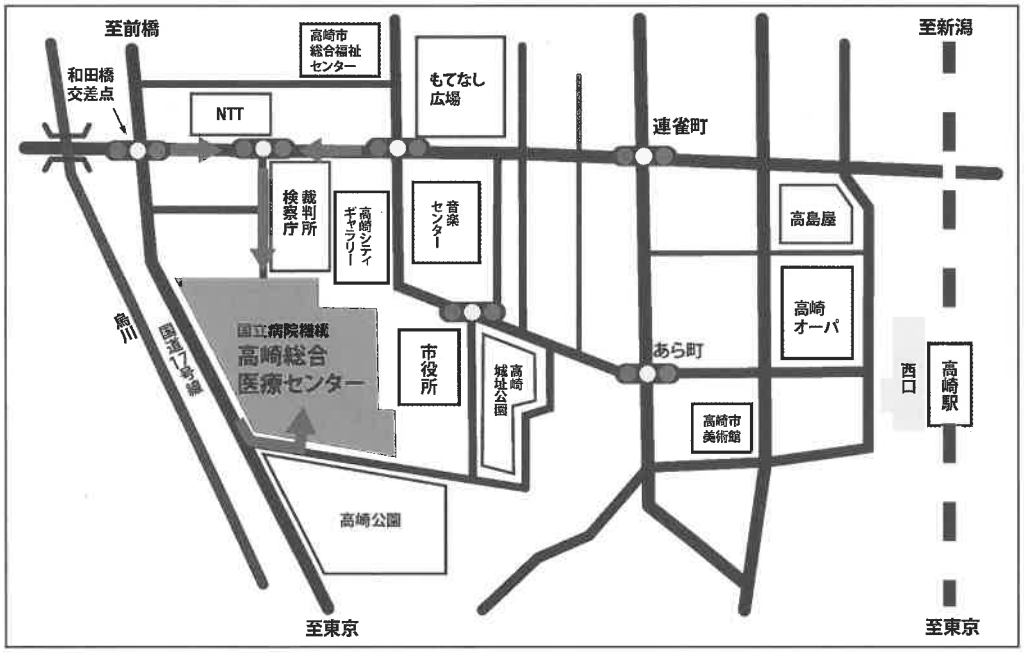
ご予約時間の30分前までにお越しいただき、受付窓口にこの用紙をお出しください。

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）マイナ保険証、資格確認証（保険診療の場合）
   3）福祉医療券、障害者手帳、難病手帳をお持ちの方
   4）診察券（すでに当センターの診察券をお持ちの方）
   5）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**



◎不明な点がありましたら、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/