

電話受付時間 平日 11:00~16:00 TEL 027-322-5835

この用紙は患者さんが病院へ直接電話予約をする専用の申込書です

患者電話予約専用 申込書

紹介元医療機関名
電話番号
F A X
診療科
医師氏名

ID:

予約確認用 (予約日決定後、記入してください)

予約日 月 日 (曜日)

午前・午後 時 分

【お電話の際】

- ①お手元にご用意ください
 - こちらの用紙
(患者電話予約専用申込書)
- ②お電話でお伺いします
 - お名前
 - 生年月日
 - ご住所
 - 電話番号

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

診療科	<input type="checkbox"/> 総合診療科・内科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 頭頸部外科
	<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科 (消化器外科)	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
	<input type="checkbox"/> 心臓血管内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	
	<input type="checkbox"/> 腎臓・膠原病リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 整形外科 (<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症外来)		

高崎総合医療センターご案内

JR高崎駅より 徒歩約15分 ぐるりん10分 タクシー5分



【受付場所】

本館1階「①紹介状をお持ちの方」窓口
ご予約時間の**30分前**までにお越しいただき
受付窓口下記持ち物をお出しください

【持ち物】

- 紹介状 (検査結果等 紹介元病・医院よりの資料)
- こちらの申込書
- マイナンバーカード、健康保険証
- 診察券 (当院受診歴がある方)
- お薬手帳または現在お飲みになっているお薬
(診察の前にお薬の確認をさせていただく場合があります)

〈お問い合わせ先〉

独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター
住所: 高崎市高松町36 電話: 027-322-5835 (連携センター直通)

FAX 送信先: 027-322-5925