

診察申込書兼診療情報提供書のご案内

1. 診察申込書は、群馬中央病院に患者さんの事前予約をされる場合にご利用ください。
2. この診察申込書兼診療情報提供書は、3枚つづりになっています。
 - 〈1枚目〉 診察申込書兼予約票です。
F A Xで予約される場合
申込内容を確認後、10分以内に受診日を確定し、返信いたします。返信した予約票を患者さんにお渡しいただき、当日持参するよう伝えて下さい。
 - 〈2枚目〉 当院への診療情報提供書です。可及的封書にて患者さんにお渡しいただき、総合受付1番窓口
に提出いただくようご指示ください。
 - 〈3枚目〉 診療情報提供書の貴院控用です。
3. 申込書記入上のお願い
 - ① 1枚目のご依頼内容までご記入ください。
 - ② 保険証のコピーをF A Xいただくか、保険証の内容を該当欄にご記入下さい。
 - ③ 担当医師、診療科等は、わかる範囲で記入してください。
4. 地域医療連携室予約受付時間 平日（月～金） 午前8：30～午後6：00
*上記以外の場合は、027-221-8165（代表）で対応させていただきます。
5. 2～3枚目は診療情報提供書としてもご利用ください。
（注）診療情報提供書については貴院で作成された書式でも構いません。

地域医療連携室予約受付時間（月～金） 平日 午前8：30～午後6：00

**独立行政法人
地域医療機能推進機構 群馬中央病院 地域医療連携室**

〒371-0025 前橋市紅雲町一丁目7番13号
TEL 027-223-1373（直通）
FAX 027-223-1374（直通）
TEL 027-221-8165（代表）
URL <http://gunma.jcho.go.jp/>

(専用FAX番号 **027-223-1374**)

(紹介先医療機関名)

診察申込書

平成 年 月 日

独立行政法人
地域医療機能推進機構 群馬中央病院紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
F A X
医師氏名科 先生
受診希望日 第1希望 月 日 午前・午後
第2希望 月 日 午前・午後

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	男・女						
患者氏名			年 月 日 (才)								
住所	〒 - Tel ()										
保険者番号			記号・番号	本人・家族							
公費負担者番号			受給者番号	医保・自賠							
<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院											
病名・目的											
ご 依 頼 内 容	診察を希望する科及び内容	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 総合	<input type="checkbox"/> 循環器	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 神経	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 連携パス		
		<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 食道・胃	<input type="checkbox"/> 胆・膵	<input type="checkbox"/> 大腸				
		<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 食道・胃	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵	<input type="checkbox"/> 大腸・肛門	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 連携パス			
		<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 脊椎						
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 神経・発達	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> アレルギー				
		<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 不妊症	<input type="checkbox"/> 内膜症	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 腫瘍	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 更年期		
		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> めまい・難聴	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎			
		<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 斜視・弱視						
		<input type="checkbox"/> 和漢診療科	<input type="checkbox"/> 漢方一般	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> アレルギー						
		<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科							
検 査 及 び 内 容	<input type="checkbox"/> M R	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 膝(右・左)	<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 胃ろう()	<input type="checkbox"/> 造設	<input type="checkbox"/> 交換	<input type="checkbox"/> その他()				
	※抗凝固剤、抗血小板剤の休薬が必要な場合は指導をお願い致します										
<input type="checkbox"/> その他の検査	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> その他()								

〔 予 約 票 〕

連携室から

下記のとおり予約をおとりいたしました。

予約日 年 月 日 () 時

診察科 科 担当医師

当日お持ちいただくもの	・紹介状・保険証・予約票 ・診察券・お薬手帳(お持ちの方)
受付場所	本館総合受付①番窓口

独立行政法人地域医療機能推進機構
群馬中央病院
地域医療連携室
(月～金 8:30～18:00)〒371-0025 前橋市紅雲町一丁目7番13号
TEL 027-223-1373(直通)
FAX 027-223-1374(直通)
TEL 027-221-8165(代表)内線2165
URL <http://gunma.jcho.go.jp/>

休診日 土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日～1月3日)

診療情報提供書

(紹介先医療機関名)

平成 年 月 日

独立行政法人
地域医療機能推進機構 **群馬中央病院**

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
F A X
医師氏名

科 先生
受診希望日 第1希望 月 日 午前・午後
第2希望 月 日 午前・午後

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 (才)		
住 所	〒 - Tel ()				
保険者番号			記号・番号	本人・家族	
公費負担者番号			受給者番号	医保・自賠	
<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院					
病名・目的					
ご 依 頼 内 容	診察を希望する科及び内容	<input type="checkbox"/> 内 科 <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 連携パス			
		<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 食道・胃 <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 大腸			
		<input type="checkbox"/> 外 科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 食道・胃 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> 大腸・肛門 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 連携パス			
		<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 脊椎			
		<input type="checkbox"/> 小 児 科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 神経・発達 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> アレルギー			
		<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 内膜症 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 更年期			
		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> めまい・難聴 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎			
		<input type="checkbox"/> 眼 科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 斜視・弱視			
		<input type="checkbox"/> 和漢診療科 <input type="checkbox"/> 漢方一般 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> アレルギー			
		<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科			
検 査 及 び 内 容	<input type="checkbox"/> M R <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 内 視 鏡 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃ろう(<input type="checkbox"/> 造設 <input type="checkbox"/> 交換) <input type="checkbox"/> その他() <small>※抗凝固剤、抗血小板剤の休薬が必要な場合は指導をお願い致します</small>				
	<input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> その他()				
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		感染症	HBs(+ - ?)HCV(+ - ?)W氏(+ - ?)その他()	
症状経過					
治療経過					
現在の処方					
検査結果等					
添付資料	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 CD ・ USB ・ フィルム ・ その他()			返 却	要・不要

診療情報提供書

(紹介先医療機関名)

平成 年 月 日

独立行政法人
地域医療機能推進機構 群馬中央病院

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
F A X
医師氏名

科 先生
受診希望日 第1希望 月 日 午前・午後
第2希望 月 日 午前・午後

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 (才)		
住 所	〒 - Tel ()				
保険者番号			記号・番号	本人・家族	
公費負担者番号			受給者番号	医保・自賠	
<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院					
病名・目的					
ご 依 頼 内 容	診察を希望する科及び内容	<input type="checkbox"/> 内 科 <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 連携パス			
		<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 食道・胃 <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 大腸			
		<input type="checkbox"/> 外 科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 食道・胃 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> 大腸・肛門 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 連携パス			
		<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 脊椎			
		<input type="checkbox"/> 小 児 科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 神経・発達 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> アレルギー			
		<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 内膜症 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 更年期			
		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> めまい・難聴 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎			
		<input type="checkbox"/> 眼 科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 斜視・弱視			
		<input type="checkbox"/> 和漢診療科 <input type="checkbox"/> 漢方一般 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> アレルギー			
		<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科			
検 査 及 び 内 容	<input type="checkbox"/> M R <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 内 視 鏡 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃ろう(<input type="checkbox"/> 造設 <input type="checkbox"/> 交換) <input type="checkbox"/> その他()				
	※抗凝固剤、抗血小板剤の休薬が必要な場合は指導をお願い致します <input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> その他()				
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		感染症	HBs(+ - ?)HCV(+ - ?)W氏(+ - ?)その他()	
症状経過					
治療経過					
現在の処方					
検査結果等					
添付資料	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 CD ・ USB ・ フィルム ・ その他()			返 却	要・不要