

(専用 Fax 番号 027-223-1374)

診察申込書

(紹介先医療機関名)

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

JCHO Japan Community Healthcare Organization

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
第 2 希望	月 日

フリガナ				生年月日	年 月 日	男・女				
患者氏名										
住 所	〒 -									
電 話	自宅 ()	携帯	()							
☐ 検査のみ ☐ 診察 ☐ 入院										
病名・目的										
ご 依 頼 内 容	診 察 を 希 望 す る 科 及 び 内 容	☐ 内 科	☐ 総合	☐ 循環器	☐ 呼吸器					
		☐ 神 経 内 科	☐ 認知症	☐ その他						
		☐ 糖尿病センター	☐ 糖尿病	☐ 甲状腺機能	☐ 肥満	☐ 連携パス				
		☐ 消化器内科	☐ 一般	☐ 肝臓	☐ 食道・胃	☐ 胆・膵	☐ 大腸			
		☐ 外 科	☐ 一般	☐ 食道・胃	☐ 肝・胆・膵	☐ 大腸・肛門	☐ 乳腺	☐ 連携パス		
		☐ 整 形 外 科	☐ 一般	☐ 膝	☐ 脊椎					
		☐ 小 児 科	☐ 一般	☐ 心臓	☐ 神経・発達	☐ 腎臓	☐ アレルギー	☐ 内分泌		
		☐ 産 婦 人 科	☐ 一般	☐ 不妊症	☐ 内膜症	☐ 産科	☐ 腫瘍	☐ 骨粗鬆症	☐ 更年期	
		☐ 耳 鼻 咽 喉 科	☐ 一般	☐ めまい・難聴	☐ アレルギー	☐ 嚥下障害	☐ 副鼻腔炎	☐ 扁桃腺炎		
		☐ 眼 科	☐ 一般	☐ 白内障	☐ 斜視・弱視					
		☐ 皮 膚 科								
		☐ 歯 科								
検 査 及 び 内 容		☐ M R I	☐ 頭部	☐ 胸部	☐ 腹部	☐ 頸椎	☐ 腰椎	☐ 膝 (右・左)	☐ その他 ()	
		☐ C T	☐ 頭部	☐ 胸部	☐ 腹部	☐ その他 ()				
		造影【要・不要】 Cr () mg / dl								
		☐ 内視鏡	☐ 胃	☐ 大腸	☐ 胃ろう (☐ 造設 ☐ 交換)	☐ 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								
		☐ その他の検査	☐ 骨密度	☐ 脳波	☐ その他 ()					

貴診療所において、今月又は前月に下記を算定している場合は、✓をつけてください

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ 在宅時医学総合管理料 | ☐ 特定施設居宅時等医学総合管理料 |
| ☐ 在宅がん医療総合診療料 | ☐ 在宅療養指導管理料 |

〔 予 約 票 〕

下記のとおり予約をおとりいたしました。

連携室から

予約日 年 月 日 () 時 分

診察科 科 担当医師

当日お持ち いただくもの	・ 紹介状・マイナンバーカードまたは資格確認書 ・ 予約票・診察券・お薬手帳 (お持ちの方)
受付場所	本館受付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2195
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)

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**
JCHO Japan Community Healthcare Organization

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
第 2 希望 月 日

フリガナ				生年月日	年 月 日 (才)	男 ・ 女		
患 者 氏 名								
住 所	〒 -							
電 話	自宅 ()		携帯 ()					
☐ 検査のみ ☐ 診察 ☐ 入院								
病名・目的								
ご 依 頼 内 容	診 察 を 希 望 す る 科 及 び 内 容	☐ 内 科 ☐ 総合 ☐ 循環器 ☐ 呼吸器 ☐ 神 経 内 科 ☐ 認知症 ☐ その他 ☐ 糖尿病センター ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺機能 ☐ 肥満 ☐ 連携パス ☐ 消化器内科 ☐ 一般 ☐ 肝臓 ☐ 食道・胃 ☐ 胆・膵 ☐ 大腸 ☐ 外 科 ☐ 一般 ☐ 食道・胃 ☐ 肝・胆・膵 ☐ 大腸・肛門 ☐ 乳腺 ☐ 連携パス ☐ 整 形 外 科 ☐ 一般 ☐ 膝 ☐ 脊椎 ☐ 小 児 科 ☐ 一般 ☐ 心臓 ☐ 神経・発達 ☐ 腎臓 ☐ アレルギー ☐ 内分泌 ☐ 産 婦 人 科 ☐ 一般 ☐ 不妊症 ☐ 内膜症 ☐ 産科 ☐ 腫瘍 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 更年期 ☐ 耳 鼻 咽 喉 科 ☐ 一般 ☐ めまい・難聴 ☐ アレルギー ☐ 嚥下障害 ☐ 副鼻腔炎 ☐ 扁桃腺炎 ☐ 眼 科 ☐ 一般 ☐ 白内障 ☐ 斜視・弱視 ☐ 皮 膚 科 ☐ 歯 科						
		検 査 及 び 内 容	☐ M R I ☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 膝 (右・左) ☐ その他 () ☐ C T ☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他 () 造影【要・不要】 Cr () mg / dl ☐ 内視鏡 ☐ 胃 ☐ 大腸 ☐ 胃ろう (☐ 造設 ☐ 交換) ☐ 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 ☐ その他の検査 ☐ 骨密度 ☐ 脳波 ☐ その他 ()					
			薬剤アレルギー ☐ 無 ・ ☐ 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 ☐ 無 ・ ☐ 有 CD ・ 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)

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
JCHO Japan Community Healthcare Organization

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
第 2 希望	月 日

フリガナ				生年月日	年 月 日 (才)	男 ・ 女
患 者 氏 名						
住 所	〒 -					
電 話	自宅 ()		携帯 ()			
☐ 検査のみ ☐ 診察 ☐ 入院						
病名・目的						
ご 依 頼 内 容	診 察 を 希 望 す る 科 及 び 内 容	☐ 内 科	☐ 総合 ☐ 循環器 ☐ 呼吸器			
		☐ 神 経 内 科	☐ 認知症 ☐ その他			
		☐ 糖尿病センター	☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺機能 ☐ 肥満 ☐ 連携パス			
		☐ 消化器内科	☐ 一般 ☐ 肝臓 ☐ 食道・胃 ☐ 胆・膵 ☐ 大腸			
		☐ 外 科	☐ 一般 ☐ 食道・胃 ☐ 肝・胆・膵 ☐ 大腸・肛門 ☐ 乳腺 ☐ 連携パス			
		☐ 整 形 外 科	☐ 一般 ☐ 膝 ☐ 脊椎			
		☐ 小 児 科	☐ 一般 ☐ 心臓 ☐ 神経・発達 ☐ 腎臓 ☐ アレルギー ☐ 内分泌			
		☐ 産 婦 人 科	☐ 一般 ☐ 不妊症 ☐ 内膜症 ☐ 産科 ☐ 腫瘍 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 更年期			
		☐ 耳 鼻 咽 喉 科	☐ 一般 ☐ めまい・難聴 ☐ アレルギー ☐ 嚥下障害 ☐ 副鼻腔炎 ☐ 扁桃腺炎			
		☐ 眼 科	☐ 一般 ☐ 白内障 ☐ 斜視・弱視			
検 査 及 び 内 容	検 査 及 び 内 容	☐ M R I	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 膝 (右・左) ☐ その他 ()			
		☐ C T	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他 ()			
		造影【要・不要】 Cr () mg / dl				
		☐ 内視鏡 ☐ 胃 ☐ 大腸 ☐ 胃ろう (☐ 造設 ☐ 交換) ☐ 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				
☐ その他の検査		☐ 骨密度 ☐ 脳波 ☐ その他 ()				
薬剤アレルギー		☐ 無 ・ ☐ 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		☐ 無 ・ ☐ 有 CD ・ フィルム ・ その他 ()			返 却	要 ・ 不要