

専用FAX番号：027-269-7286

FAX送信用

FAX用予約申込書

紹介先：群馬県立心臓血管センター

申込日：平成 年 月 日

科

(希望) 担当医師名

先生

(医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください)

外来 入院 (担当医師へ連絡済み)

【受診希望日】

■第1希望： 月 日 () ■第2希望： 月 日 () : いつでも可 : 早めに

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

保険者番号		本人	公費負担者番号		割合負担
記号・番号		家族	受給者番号		1割/2割/3割
心臓血管センター受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※保険証のコピーでも可			
フリガナ		生年月日	性別		
患者氏名	様	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女		
住所	〒 -	電話番号			
貴診療所において、 <u>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</u>					
<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料					

傷病名 及び 紹介目的	
持参(予定)資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CAG <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ホルター <input type="checkbox"/> 心エコー

※お申込み後、地域医療連携室から「予約通知書」を返送させていただきますので、患者さんにお渡しください。

【*は心臓血管センター記入欄です】

* ID :

* 診察等予約日	年 月 日 (曜日)	時 分
* 診療科	担当医師	Dr

★ご予約当日は、健康保険証、紹介状、診察券（お持ちの方）をご来院の際にお持ちください。

受付窓口は、正面玄関入って奥の窓口⑥「紹介状をお持ちの方」になります。

★休 診 日：土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12月29日～1月3日）

★FAX受付時間：平日(月～金) 8時15分～17時

※受付時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休診明けとなりますので、ご了承ください。

お問い合わせ先：群馬県立心臓血管センター 〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町甲3-12

担当：地域医療連携室 ☎ 027-269-7455 (内線：2040・2041)

地域医療連携室 専用FAX：027-269-7286

群馬県立心臓血管センター

診察申込書