

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： 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)

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

【受診希望日】
■第1希望： 月 日 () ■第2希望： 月 日 () ■第3希望： 月 日 ()

□：いつでも可 □：早めに

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 □あり □なし □不明 ※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 自宅	

傷病名 及び 紹介目的		電話番号 携帯
持参(予定)資料	□なし □ECG □X-P □CAG □MRI □CT □ホルター □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