

紹介予約申込書

年 月 日

紹介先医療機関名

前橋赤十字病院

科

先生

※ 内科、消化器内科の場合は以下をお選びください

内科 ▶ 血液 腎臓 糖尿病 総合

消化器内科 ▶ 消化管系 肝臓 膵 胆

紹介元医療機関

名称

所在地

T E L

F A X

医師氏名

担当者

受診希望日	<input type="checkbox"/> あり	▶ 第1希望	月	日	曜日	第2希望	月	日	曜日
	<input type="checkbox"/> なし	▶ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 早めに	()						
	受診できない日	▶ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	()						

フリガナ		旧姓		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名				年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 女
住所	〒				電話番号	自宅
						携帯

ご依頼内容	診察	傷病名・紹介目的	
	ダイレクト検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 (肺・心臓) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> MRCP	※造影剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ペースメーカー等の心臓への機器埋込 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨ソチ (体重 Kg) <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> FDG-PET/CT	<input type="checkbox"/> 体幹部 (頭部～骨盤まで) <input type="checkbox"/> 全身 (頭部～つま先まで)
	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		

※緊急時は、地域医療連携課にお電話いただき、医師同士のご相談をお願いいたします。
 ※検診等二次精査の場合は、医師が検診カードを記入いたしますので診察でお申し込みください。
 ※診療情報提供書の事前FAXをお願いいたします。

予約通知書

前橋日赤

ID

予約日時 年 月 日 曜日 時 分

診療科 科 (医師:)

- 予約時間の30分前までにご来院ください。
- 受診当日は、総合案内におこしください。
- お持ちいただくものは、以下のとおりです。
 - ・医師の紹介状
 - ・保険証
 - ・お薬手帳
 - ・予約通知書 (この用紙)
- 診察までに多少お待ちいただく場合がございますがご了承ください。
- 予約の変更・キャンセルは、事前にお電話にてご連絡をお願いいたします。

予約受付時間：午前8時30分～午後5時00分

休診日：土曜・日曜・祝日・年末年始 (12月29日～1月3日)・創立記念日 (3月23日)

地域医療連携課【直通】FAX：027-225-5273

前橋赤十字病院 TEL：027-265-3333 (代表) 地域医療連携課 TEL：027-225-5247 (直通)