

前橋赤十字病院

医療機関名称及び所在地

科 先生

※内科、消化器の場合は下記より

- 【内科】 血液 腎臓 糖尿病 その他
【消化器】 消化管 肝臓 膵・胆 その他

TEL FAX

医師氏名 科

受診希望日 あり → 第1希望 月 日 第2希望 月 日
なし → いつでも 早め

保険者番号 本人 負担割合 公費負担者番号
記号・番号 家族 割 受給者番号

【健康保険外】 自賠 労災 公災 生活保護 その他

ふりがな 患者氏名 生年月日 大正 昭和 平成 令和
住所 電話番号(自宅) 電話番号(携帯)

※緊急時、当日受診(入院等)の場合は事前に電話にてご連絡をお願い致します(診療情報提供書をFAXにて送付をお願い致します)

診察 傷病名または紹介目的
MRI CT RI PET/CT 上部内視鏡
ダイレクト検査 指示部位 脳 胸部 腹部 四肢

ダイレクト検査では検診カード(2次精査)の記入が出来ませんので、各科診察のお申し込みをお願い致します。

《 予約 通知 書 》

診療予約日 年 月 日 時 分
診療科
担当医師

- * 来院の際は、『紹介状受付』にお越しください。
* 診療情報提供書(紹介状)、健康保険証、お薬手帳、予約通知書(この用紙)をご持参ください。
* 指定された医師が救急等で診察できない場合は、他の専門医が診察させていただくことがあります。
* 予約の変更及びキャンセルは、お手数をおかけ致しますが事前に電話にてご連絡をお願い致します。
* 不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

地域医療連携課・直通TEL 027-225-5247

前橋赤十字病院・代表TEL 027-265-3333

Table with 2 columns: 事前予約受付時間, 休診日

地域医療連携課(直通)FAX 027-225-5273