

事前予約申込書(医療機関用)

桐生厚生総合病院 地域医療連携室 宛

紹介元医療機関

名称及び所在地

TEI 1

FAX

医師氏名

相当

予約希望日 (有・無)	第1希望	月	日()午前・午後
	第2希望	月	日()午前・午後
医師のご希望	有() 無()		先生()

※事情により他の医師が対応させていただく場合がございます。ご了承ください

① 診察 (基本的には午前のみとなります)
該当の診療科分類に○を付けてください。

内科	内分泌 *	月・火・金(午後)
	消化器	水・木・金
	肝臓	水・木
	呼吸器	月・火・水・金
	血液(初診不可・要確認)*	金(午後のみ)
	他	月~金
外科	一般	月~金
	ヘルニア	月(午後)・火(午後)
整形外科	一般	月・火・水・金
	脊椎	月・水・木・金

申込日 R 年 月 日 ()		※保険証等のコピー等でも可		
フリガナ			性別	男性 · 女性
氏名	氏名変更がある方 旧姓 ()		生年月日	大 · 昭 · 平 · 令 年 月 日
住所	〒		電話番号	
保険者番号	区分	本人 · 家族	公費負担者番号	
記号・番号	枝番		公費受給者番号	
健康保険外	自賠 · 労災 · 公災 · その他()			
桐生厚生総合病院の受診歴		有 · 無 · 不明	⇒ 有の場合 ID:	
貴院に入院中ですか？		はい · いいえ ⇒ はいの場合退院予定日(決まっている場合) 月 日		
傷病名及び 紹介目的				

※診療情報提供書の事前FAXをお願いいたします。

*は非常勤の医師のみの診療科となります。

脳神経内科		月～金(月・火は午後も可)
循環器内科		火～金(水・木は午後のみ)
小児科		月～金
乳腺外科		月・水(午後も可)
呼吸器外科	*	木
血管外科	*	水(第2・第4午後のみ)
脳神経外科		月・火・水・金
皮膚科		月～金(月・金は午後も可)
泌尿器科	一般	月～金
	前立腺	月・水・金午後のみ

産婦人科	婦人科	火～金(女医希望不可)
	産科	月～金(女医希望不可)
耳鼻いんこう科		月・火・木・金
麻酔科	(要確認)	月～金
放射線治療	(要確認)	月～木
眼科		月～金

※下記の診療科は初診時予約不可となります。
歯科・口腔外科…火～金11:00までにご来院ください。

② 放射線検査 [CT・MRご希望の場合 造影剤使用の有無に□をお願いいたします。] 有 無

検査項目 CT・MR・RI〔骨・Ga・()シンチ〕 検査部位 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・他()
※造影剤使用をご希望の場合は、事前に腎機能の検査結果をFAXにて送っていただきますようお願いいたします。

MRIは月～金の12:45になります。(1検査1部位)

CTは月～木の12:45になります。(多部位も可)

※放射線科医師の判断によりCT⇒MRIを変更する場合があります。

※骨密度の検査をご希望の場合には、整形外科院で診療情報提供書をご持参いただき一般外来の受診となります。

(書式に關しましては、DXA連携用診療情報提供書でも可)

桐生厚生総合病院 地域医療連携室
TEL 0277-44-7150(直通)
FAX 0277-20-8174(直通)