

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

TEL

FAX

医師氏名 担当

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 ()	先生 ()			
	無				

※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・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～金

② 放射線検査

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()
	骨塩定量(骨密度) ※右の項目に☑をお願いします。	☐ 座位にて撮影可能 ☐ 前腕に金属が入っていない・利き腕でない腕で撮影可能	

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。
骨塩定量(骨密度)は水・金の14:00・15:00になります。
※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。

・当日の予約は受け付けておりません。
・休診日及び17:30以降のFAXは翌稼働日の対応となります。

※保険証等のコピー等でも可

申 込 日	R 年 月 日 ()	性 別	男性・女性
フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
氏 名	氏名変更がある方 旧姓 ()	電 話 番 号	
住 所	〒	携 帯 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		火～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

※下記の診療科は初診時予約不可となります。
眼科…月～金10:30までにご来院ください。
歯科・口腔外科…火～金11:00までにご来院ください。

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)

