

紹介元控え

患者氏名	様
予約日時	
診療科	
担当医師	
内容	

患者様が来院されましたらご報告いたします。
報告がない場合は地域医療連携室までお問い合わせください。

診療・検査予約票

お名前	様
診察券番号	
予約日時	
診療科	
担当医師	
内容	
紹介元医療機関	

患者様へ

- 総合受付で、次の書類を提出してください。
 - 予約票（この用紙）
 - 健康保険証
 - 紹介状
 - 公費受給者証（お持ちの方）
 - 画像CD等（預かっている場合）
 - お薬手帳（お持ちの方）
- 現在お飲みの薬をお持ちください。
- 診療までに多少お待ちいただくことがありますことをご了承ください。
- 予約の変更、取消をする場合、当日予約時間より遅れてしまう場合は市立大洲病院 地域医療連携室にご連絡ください。

市立大洲病院 （地域医療連携室） FAX 0893-24-0036 TEL 0893-24-2151
