

紹介元医療機関名

様

【電話予約専用】 紹介患者受診予約票

患者氏名				様
生年月日・性別				
予約日	令和	年	月	日 ()
予約時間	午前	午後	時	分
診療科	(予約診療科名または予約検査名)			医師

予約日時が決まりましたらご記入ください。

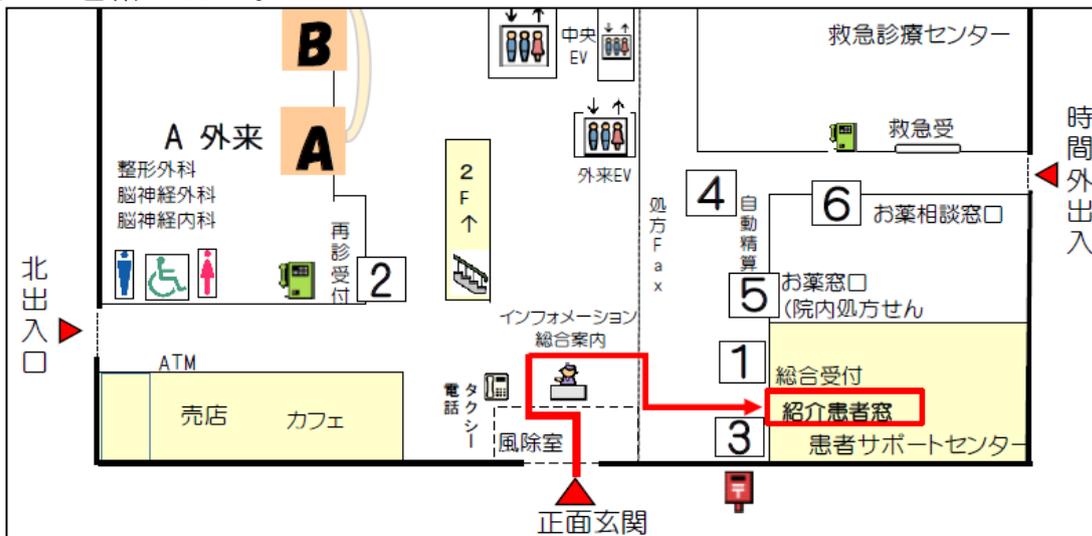
❖ 当日お持ちいただく物

- ① 紹介患者予約票(この予約票)
- ② 診療情報提供書(紹介状)
- ③ 健康保険証
- ④ 現在服用中のお薬情報(おくすり手帳等)
- ⑤ 医療受給者証(お持ちの方)
- ⑥ 診察券(公立西知多総合病院の診察券をお持ちの方)

❖ 来院の際は、診療予約時間の15分前までに1階 ①総合受付 紹介患者窓口 へお越しになり、上記の持ち物をご提示ください。

❖ 予約当日、診療の状況によって診療開始時間が遅れる場合もありますのでご承知おきください。

❖ 都合により、予約等の変更、中止がありましたら、前日の午後5時までに地域医療連携室へご連絡ください。



予約のお電話は、右記までお願いいたします。 受付時間 月～金曜日(祝日はのぞく) 13:00～16:00	【連絡先】 公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携室 TEL (0562)33-9858(直通) FAX (0562)33-0010(直通)
---	--