

## 紹介患者さま予約票

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) ~ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 科 担当医 : \_\_\_\_\_ で予約いたしました。

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_

- ※ 患者さまご本人ではなく、ご家族のみで受診される場合は、必ずその旨を「②新患者受付」へお伝えください。
- ※ 当日お持ちいただくもの(持参品)
  - ・本予約票(様式2 紹介患者さま予約票) ・紹介状 ・保険証
  - ・場合によってはX線フィルムなど
- ※ 初診受付はすでに終わっておりますが、上記の診療予定時間までに「②新患受付」にお越しいただき、お手数でも上記の持参品を提出していただきますようお願いいたします。
- ※ 診療当日、診察の状況によって、診療時間が遅れる場合がありますのでご了承ください。
- ※ 診療予約日にご都合が悪い場合、変更する場合、その他ご不明な点がありましたら、下記の地域医療連携室までご連絡くださいますようお願いいたします。

独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院  
地域医療連携室

TEL052-801-1151〈代表〉

FAX052-801-1160〈代表〉

〒465-8620 名古屋市名東区梅森坂五丁目101番地