



木沢記念病院 診察予約確認票

紹介元の先生、ご担当者さまへ

この度は、貴院の大切な患者さまをご紹介いただき、誠にありがとうございます。当院外来ご受診の結果は極力当日中にFAX、原本は後日郵送にてお届けいたします。万が一、当院からの返書が遅い場合、無い場合はお手数でございますが、ご連絡ください。

患者さま、ご家族さまへ

以下のようにご予約を入れさせていただきます。当日はお気をつけてお越しください。当院駐車場、病院建物隣接のものは駐車台数がかなり限られており、そこに空きがない場合は少し離れた駐車場を警備員より案内させていただいております。時間に余裕をもってお越しください。

もしご予約の変更・取り消しの必要が発生した場合は、以下の連絡先にご連絡ください。

ご紹介元 _____ 様 患者 _____ 様

当院 整形外科 科 医師 _____

予約日時 月 日 () 午前・午後 時 分

上記の _____ 分程前にお越し下さい。又、状況により診察開始が遅れることもあります。

※ 受付場所は総合受付ではなく、下図の紹介患者様受付窓口です

当日窓口にお持ちいただくもの

1. 診療情報提供書（紹介状）
2. 画像データCD（あれば）
3. 診察券、健康保険証 類
4. お薬手帳（現在の処方を知るため）

問い合わせ先

木沢記念病院 地域連携部
（紹介患者様窓口）

TEL 0574-24-1455

FAX 0574-24-1475

