

《予約のお電話お待ちしております。(患者様用)》

【紹介元医療機関へお願い】

紹介される患者様に紹介元医療機関名、患者様のお名前を記入し患者様にお渡しし
下記の地域連携室に電話で予約するようにお伝え下さい。

☆お電話での受付時間

月曜日～金曜日 13:00～17:00

☆連絡先および電話番号

碧南市民病院 地域連携室

☎0566-48-5050(代表)内線2549

紹介患者予約票

紹介元医療機関:	_____
患者様のお名前:	_____様
予約日時	: _____年 月 日 ()
	午前・午後 時 分

【患者様へのお願い】

- ・お早目に地域医療連携室のご連絡下さい。
- ・診察当日・ご来院の際には、この用紙を総合案内④番(紹介患者受付)にお出し下さい。
- ・当日は保険証・医療証等・紹介状をお持ち下さい。
- ・予約日に来院できない場合は、地域連携室まで必ず連絡下さい。
- ・診察当日は予約時間の15分前にはご来院下さい。
- ・診察当日、診療状況によっては診療時間が遅れる場合がありますので、ご了承下さい。