

# ファクシミリ発信送付票①

担当者		発信日時	月	日	:
-----	--	------	---	---	---

## 受付確認票

医 院

診療所

病 院

先生侍史

受診日をご確認いただき、患者様に下記の「診察予約票」を切り離した上、「診療情報提供書」とともにお渡しいたきますようお願いいたします。

ご紹介誠にありがとうございました。

京都第一赤十字病院

----- キリトリ -----

## 診 察 予 約 票

様の予約につきましては、以下のとおりです。

受診日： 年 月 日 ( 曜日)

時 間：(午前・午後) 時 分

受診科： 科  診察  検査 ( )

診察希望医： 担当医 (指定なし)  あり ( 医師)

当日、診察の状況によっては、お越しいただいた時間に診察が開始できないことがありますので、ご了承ください。

また、画像情報をCD-Rでご持参される方については、円滑に診察をお受けいただくため、その情報をデータベースに取り込む必要があります、予約時間の30分前にご来院頂きますようお願いいたします。(ただし、予約時間が8時30分の方は予約時間通りにご来院ください。)

**「診察予約票」「健康保険証」「紹介状」「お薬手帳」をご持参頂き総合受付【③紹介患者窓口】に提出願います。**

※セカンドオピニオンを希望される場合は、別途調整する必要がありますので直接「地域医療連携室」まで連絡下さい (今回の予約票は無効になります)。

※ 受診日の変更を希望される場合は、直接下記へ電話にてご連絡ください。

京都第一赤十字病院  
京都市東山区本町15丁目749番地

地域医療連携室 電話 075-533-1280  
(受付時間：午前9時～午後5時)