

お薬手帳をお持ちの方は
診察時にご持参ください

送付先 FAX:[FAXNO]

[PRINTDATE]

予 約 通 知 書

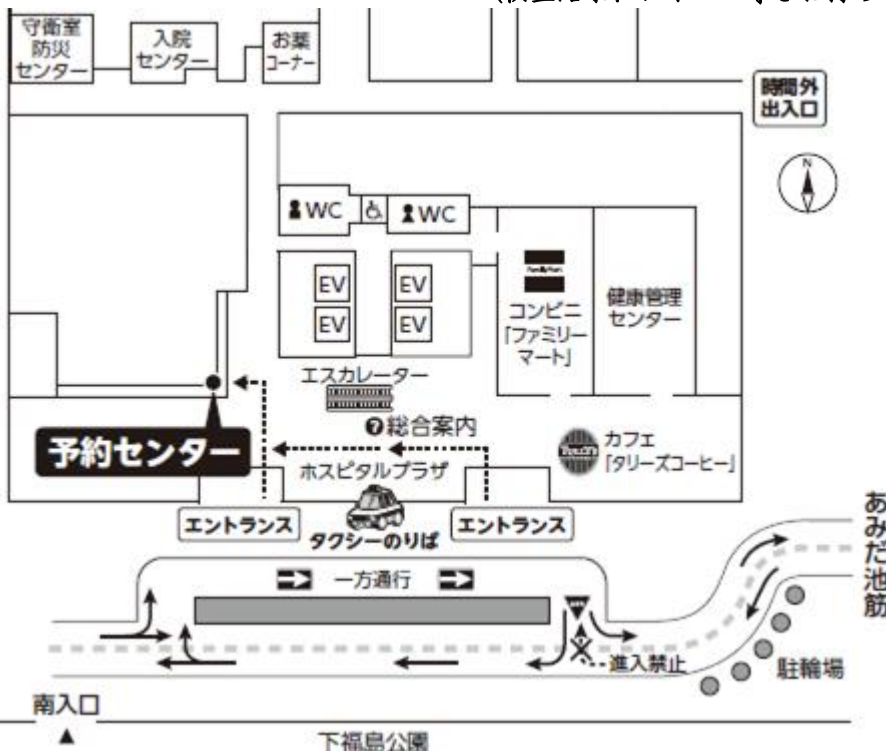
[MOTOIRYOKIKAN]

[MOTODRNAME]

この度、貴院からご紹介いただきました患者様の来院日時について、下記のとおりご案内申し上げます。
患者様へ本通知書及び紹介状(診療情報提供書)をお渡しく致しますようお願いいたします。

記

1. お名前 [KANJINAME] 様 (当院 ID [PATIENTNO])
2. 担当科 [DEPTNAME] 担当医 [DRNAME]
3. 内 容 診察・検査 ([TESTITEM])・栄養指導
4. 予約日時 [APPDATE] [APPTIME] 頃
(診療は、多少遅れる場合もありますので、あらかじめご了承ください。)
5. 来院場所 予約時間の **30分前**に **1階予約センター**までお越しください。〈下図〉
6. お持ちいただくもの **紹介状・健康保険証及び医療証・通知書(本書)**
当院受診歴のある方は**診察券** 等
(検査結果、フィルム等をお持ちのときは、ご持参ください。)



お問い合わせ先

大阪市福島区福島 4-2-78

独立行政法人
地域医療機能推進機構
大阪病院

地域連携室・予約センター
TEL (06)6441-5451(代表)
FAX①(06)6441-0512(直通)
FAX②(06)6459-4599(直通)