

# ファクシミリ発信送付票①

京都第一赤十字病院 地域医療連携室

電話 533-1280

【受付時間 平日：午前9時～午後5時】

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

## 受付確認票

医院

診療所

先生侍史

病院

先ほど貴院よりご紹介いただきました患者さまの「診察申込票」は確かに受け取らせていただきました。

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し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：平成 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： なし（外来担当医）  あり（ \_\_\_\_\_ 医師）

「診察予約票」「健康保険証」「紹介状」を受診科受付に提出願います。

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