

受診日のお知らせ

様 M. T. S. H. R 年 月 日生

受診科名 科 担当医師名 医師

受診日 年 月 日 () 午前・午後 (:)

当日は、この「受診日のお知らせ」「健康保険被保険者証」「お薬手帳」および本院の診察券をお持ちの患者さんは「診察券」を持参し、予約時間の30分前に、総合案内にお越しください。

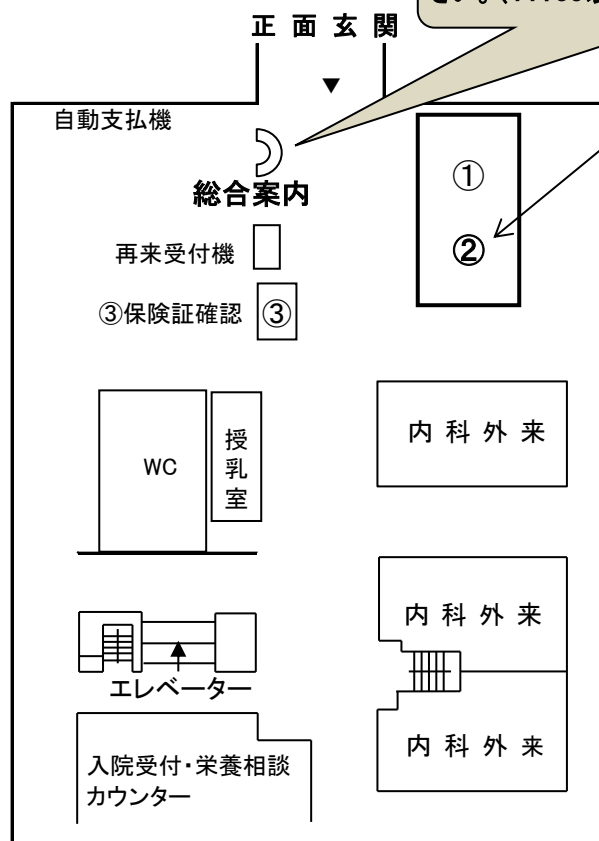
ただし、11:00以降のご予約の場合は②番窓口にお越しください。

なお、受診されました医療機関から「紹介状」「画像データ(レントゲンフィルム・CD-R)」等を渡された場合には受診当日にお持ちください。

☆ この用紙は総合案内または②番窓口で見せてください ☆

【附属病院2階】

外来受診の患者さんは総合案内にお越しください。(11:00以降は②番窓口へ)



受診日の変更を希望される場合には
直接下記へ電話にてご連絡ください。

浜松医科大学医学部附属病院

医療福祉支援センター地域連携室

TEL 053-435-2637

(月～金 午前8時30分～午後6時)

※診察開始時間は当日の患者さんの病状等により順番が前後したり、待ち時間が長くなる場合があります。

【患者用】