

受診日のお知らせ

様 T. S. H. R 年 月 日 生

受診科名	担当医師名	医師
------	-------	----

受診日	年 <u>月</u> 日 () 午前 · 午後 (:)	
-----	--------------------------------	--

当日は、この「受診日のお知らせ」「マイナ保険証または資格確認書」「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番窓口でお見せください ★

【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)

正面玄関

①面会案内・診断書証明書受付

②初診受付・再診受付(11:00以降)

自動支払機

総合案内

再来受付機

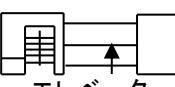
③保険証確認

①
②

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。



内科外来



入院受付・栄養相

内科外来
内科外来

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。