

## ご紹介患者様予約通知書

紹介元医療機関名

先生 御机下

公立学校共済組合東北中央病院  
病診連携室(担当: )  
FAX 0120-168-990  
TEL 0120-703-995  
023-623-5111(代表)

拝啓

この度、先生よりご紹介のありました患者様の受診日が決まりましたので、ご通知申し上げます。尚、下記の「診療予約票」は患者様にお渡しいただきますようお願いいたします。

患者氏名:	様
診療科:	科
予約内容:	
予約時間:	平成 年 月 日( ) 時 分

ご紹介の患者様は、当日予定時間より10分前までに、受付窓口1番へお越し下さい。  
担当の者が患者様のご案内をさせていただきますので、ご安心ください。  
今後とも、どうぞよろしくお願いいたします。

キ リ ト リ

### 診 療 予 約 票

患者氏名:	様
診療科:	科
予約内容:	
予約時間:	平成 年 月 日( ) 時 分

受付窓口 番にご来院ください。

保険証、各種医療受給者証等、( )先生からの紹介状を必ず持参してください。

当院を以前に受診されたことのある方は、診察カードをお持ちください。

東北中央病院病診連携室  
TEL 0120-703-995  
(担当: )