

電話予約依頼票

紹介元医療機関にてご記入ください

医療機関名	医 院 クリニック 診療所 病 院	担当診療科 科
紹介先診療科		科
医 師 名 (医師の指定があればご記入ください)		医師
患者さまのお名前		様
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
電 話 番 号	()	—
中津川市民病院の受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	



患者さまご自身で行ってください

予約専用電話 ☎0573-66-1601
予約受付時間 午後2時～午後5時（土日祝日は除く）

当院の診察券をお持ちの方はあらかじめご用意ください。

午後2時～3時ごろは、電話が繋がりにくい状況があります。



予約が取れたらご記入ください

診 察 予 約 日	月 日 (曜日)
予 約 時 間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分

【 受 診 当 日 】

来院時間：予約時間 30 分前までに来院してください。

持 ち 物：①紹介状 ②保険証 ③公費受給者証（お持ちの方）
 ④当院の診察券（お持ちの方） ⑤この用紙

来院場所：当日は【紹介状受付②】までお越しください。

※診療の状況により、診療時間が遅れることがありますのであらかじめご了承ください。

※現在、心療精神科は都合により予約をお取りすることができません。