

紹介元 医療機関名	TEL	
患者さん 氏名	様 受診科	科 予約日時 月 日 () 時 分

診察を受けられる方へのお願い

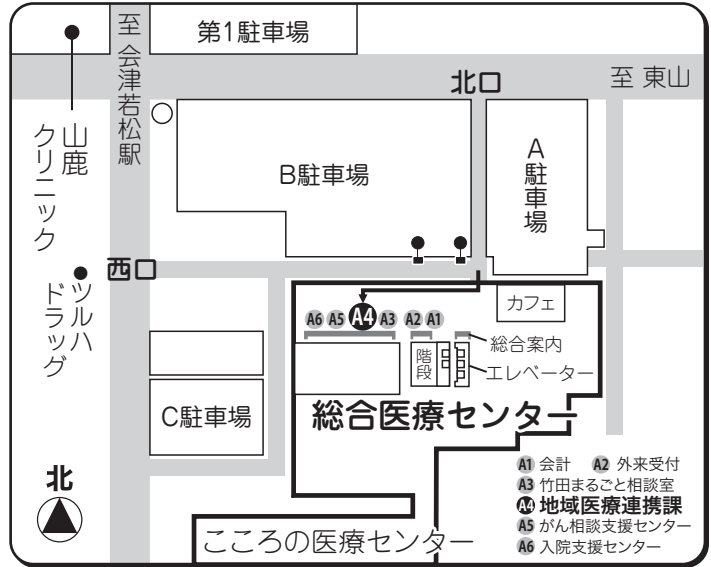
(※まだ予約されていない方は、必ず予約をお取りください。
 ※予約が無い場合は、後日のご案内になることがあります。
 ※予約日に来院できなくなった場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。)

◎診察日には、**地域医療連携課** (総合医療センター 1F **A4** 窓口) にお越しいただき、かかりつけ医からの紹介の旨をお伝えください。

診察当日にご持参いただくもの

- マイナンバーカード (または保険証)
- 高齢受給者証 (該当する方)
- 診察券 (竹田総合病院を以前にかかられた方)
- 診療情報提供書 (紹介状)
- おくすり手帳

竹田総合病院 地域医療連携課 ☎0242-29-9832



紹介元 医療機関名	TEL	
患者さん 氏名	様 受診科	科 予約日時 月 日 () 時 分

診察を受けられる方へのお願い

(※まだ予約されていない方は、必ず予約をお取りください。
 ※予約が無い場合は、後日のご案内になることがあります。
 ※予約日に来院できなくなった場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。)

◎診察日には、**地域医療連携課** (総合医療センター 1F **A4** 窓口) にお越しいただき、かかりつけ医からの紹介の旨をお伝えください。

診察当日にご持参いただくもの

- マイナンバーカード (または保険証)
- 高齢受給者証 (該当する方)
- 診察券 (竹田総合病院を以前にかかられた方)
- 診療情報提供書 (紹介状)
- おくすり手帳

竹田総合病院 地域医療連携課 ☎0242-29-9832

