外来診療予約　患者様控え

紹介元医療機関	○○病院
医師名	○○○○
患者氏名	熊本　託麻

予約日時　　令和　　年　　月　　日　　時　　分　　来院

診療科：　　整形外科　医師名：　　託麻　太郎

＊予約日時は外来予約センターから直接患者様へ連絡がありますので、
　患者様にてご記入をお願いします

＊診察の状況で、お待たせすることがありますので、ご了承ください

ご持参いただくもの

紹介状　当院の診察券（お持ちの場合）　　お薬手帳

マイナンバーカード、または保険証

お問い合わせ先　　熊本託麻台リハビリテーション病院
外来予約センター

電話　０９６－３８１－５１１１

受付時間　平日午後２時～４時