

〒

〒 468-0073  
名古屋市天白区塩釜口1丁目403番地

医療法人資生会 八事病院  
地域医療連携室

先生御侍史

診療科:  
医師名:

TEL:052-861-1201  
FAX:052-861-1202

様式2

平成 年 月 日

## 紹介患者さま予約票

|      |       |       |
|------|-------|-------|
| 患者氏名 | 様     | 性別    |
| 当院ID |       |       |
| 生年月日 | 年 月 日 | 生 歳 月 |
| (西暦) | (年)   |       |

平成 年 月 日( 曜日)

上記日時にて予約いたしました。

- ※ 当日お持ちいただくもの(持参品)  
本予約票(様式2 紹介患者さま予約票)、紹介状、保険証、  
お使いの医療証などがあればお持ちください。
- ※ 上記の診療予定時間までに「受付」にお越しいただき、  
お手数でも上記の持参品を提出していただきますよう、お願いします。
- ※ 診察当日、診察の状況によって、診療時間が遅れる場合がありますので、ご了承ください。
- ※ 診療予約日を変更する場合、その他不明な点がありましたら、  
上記の地域医療連携室までご連絡いただきますようお願いいたします。