患者様へ

診 察 予 約 票

患者さまからの電話予約方法

当院への紹介状をお持ちの患者さんは、直接お電話で予約ができます。

① 大和高田市立病院　地域医療連携センター（0745-53-7188）までお電話ください。
※受付時間：平日　12 時～16 時の間

②予約担当職員より、下記の項目をお伺いします。
- お名前
- 当院の受診歴の有無
- 生年月日
- 電話番号
- 紹介元医療機関
- **予約する診療科（かかりつけの先生にお尋ねください）**
- **担当医師の指定の有無（かかりつけの先生にお尋ねください）**

③予約日をお伝えしますので、下記にご記入ください。

予約日時は　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　：　　です

※当日は、**３番　会計・初診受付の窓口にお越しください。**
「診察予約票（この用紙）」・「紹介状（診療情報提供書）」・「画像データ（お持ちの方）」・「保険証」・「当院の診察券（受診歴のある方）」をお持ちください。
※予約キャンセルについて
予約前日までに、地域医療連携センターまでご連絡ください。

大和高田市立病院　地域医療連携センター
Tel 0745-53-7188（直通）
Fax 0745-52-4428（直通）