

# 診察予約票(患者様用)

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

東宝塚さとう病院 地域医療連絡室  
〒665-0873 宝塚市長尾町2-1  
TEL 0797(88)2200  
FAX 0797(88)5081

フリガナ	.....
氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
予約内容	
予約日時	年 月 日( ) 午前・午後 時 分 予約時間の10分前までにお越しください。
受付場所	東宝塚さとう病院 1階 受付カウンター

当日ご持参いただくもの

- ・診察予約票
- ・診療情報提供書
- ・健康保険証
- ・各種医療受給者証
- ・当院の診察券(受診歴のある方のみ)

予約日時に受診できなくなった場合は、地域医療連絡室【0797(88)2200】までご連絡下さい。

予約時間を過ぎてご来院された場合は、お待ちいただくことがございますので予めご了承下さい。