

見本

受診/検査/入院 予約票

平成 2×年×月×日

〇〇〇 病院

△△ 先生御待史

愛媛生協病院 医療福祉相談室 担当: 〇〇

TEL 089-961-4238(直通) FAX089-976-7048(直通)

フリガナ 氏名	セイキョウ ハナコ 生協 花子 様	ID
生年月日	昭和 〇年〇月〇日	〇歳
予約日時	平成 2×年 ×月 ×日 (月) 9:30	
診療科/検査	内科	
担当医師	生協 太郎	
留意事項	特になし	

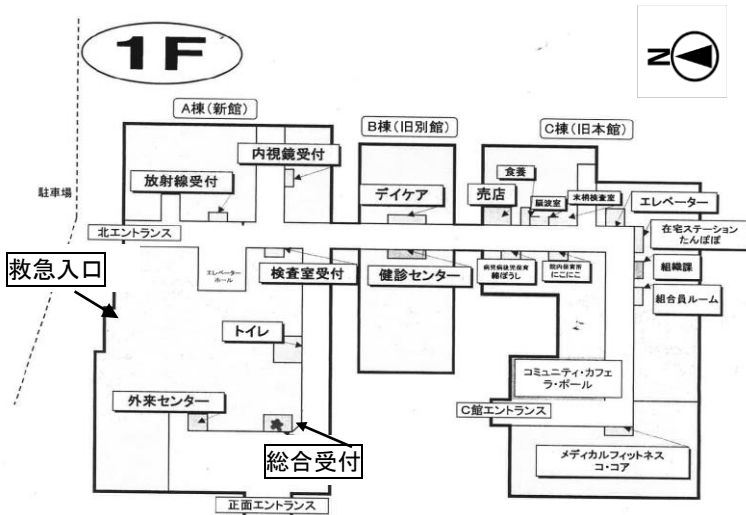
◆当日は、予約時間の 20 分前に1F総合受付へお越しいただき以下のものをご提示ください。

◆ご持参いただくもの

- 予約票(この用紙)  紹介状(診療情報提供書)  診察券(お持ちの方)
- 現在服用中の薬  お薬手帳等(現在の服用薬が分かるもの)  問診票
- 健康保険証  公費負担医療の受給者証・身体障害者手帳等(所有されている方)
- その他( )

◆予約日の変更や当日の来院が困難になった場合

愛媛生協病院の予約センター(089-976-7202)までご連絡下さい。



★ストレッチャー寝台車でお越しの際は救急搬入口のインターホンを押して下さい(事前に移動方法をお知らせください)

〒791-1102

愛媛県松山市来住町 1091-1

愛媛医療生活協同組合

愛媛生協病院

TEL 089-976-7001(代表)

FAX 089-976-7029(総務)