

F A X予約は、紹介状をお持ちの方がご利用いただけます。  
受診歴の有無に関わらず、紹介状が必要です。  
診療情報提供書のご用意をお願いします。

## F A X予約受付完了のお知らせ

年 月 日

御中

いつもお世話になっております  
下記のとおり受診予約をさせていただきます。  
右記予約票を切り取り患者さんにお渡してください。

### 記

患者氏名： \_\_\_\_\_  
受診日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
受診科： リウマチ膠原病内科

#### ※事務連絡

- 確かに上記患者の診療情報提供書を受け取りました。
- 事前に診療情報提供書のF A X送信をお願いします。

ご紹介ありがとうございました。  
今後ともよろしく願いいたします。

## 予 約 票

患者ID：

- 新 患
- 再 来

患者氏名： \_\_\_\_\_

予約日	年 月 日 ( )
予約時間	: ~ :

※診察状況により、診察時間が遅れることがあります。

予約内容： リウマチ膠原病内科 ( \_\_\_\_\_ 医師診察)

**初診時の検査がありますので**  
紹介状・保険証・予約票をお持ちになって  
**予約時間の1時間前までに**  
受付窓口までお越してください

〒771-2304

三好市三野町芝生 1270 番地 30  
三好市国民健康保険 市立三野病院  
TEL：0883-77-2323