

## 外来診療予約 患者様控え

紹介医療機関：

医師名； ※紹介元病院さま記入

患者氏名：

診療科； 医師名：

予約日時 令和 年 月 日 時 分 来院

※患者さま記入

\* 予約日時は外来予約センターから直接患者様へ連絡がありますので、患者様にてご記入をお願いします

\* 診察の状況で、お待たせすることがありますので、ご了承ください

ご持参いただくもの

紹介状 当院の診察券（お持ちの場合） 保険証 お薬手帳

お問い合わせ先 熊本託麻台リハビリテーション病院  
外来予約センター

電話 096-381-5111