

紹介元 医療機関名	TEL	
患者さん 氏名	様 受診科	科 予約日時 月 日 () 時 分

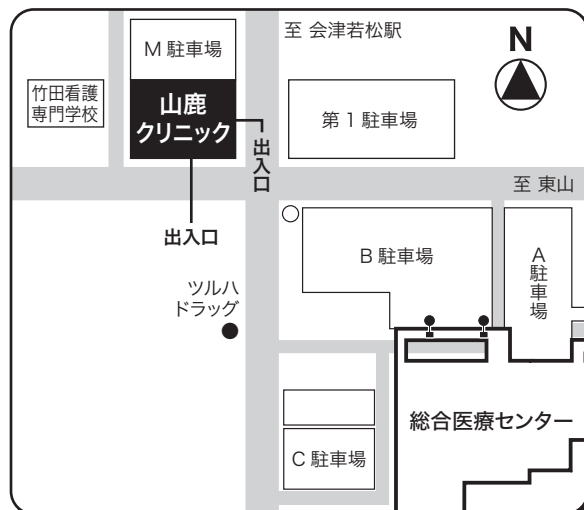
診察を受けられる方へのお願い

※まだ予約されていない方は、必ず予約をお取りください。
 ※予約が無い場合は、後日のご案内になることがあります。
 ※予約日に来院できなくなった場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

◎診察日には、**山鹿クリニック**にお越しいただき、
かかりつけ医からの紹介の旨をお伝えください。

診察当日にご持参いただくもの

- マイナンバーカード（または保険証）
- 高齢受給者証（該当する方）
- 診察券（竹田総合病院を以前にかかれた方）
- 診療情報提供書（紹介状）
- おくすり手帳



竹田総合病院 地域医療連携課 TEL:0242-29-9832

紹介元 医療機関名	TEL	
患者さん 氏名	様 受診科	科 予約日時 月 日 () 時 分

診察を受けられる方へのお願い

※まだ予約されていない方は、必ず予約をお取りください。
 ※予約が無い場合は、後日のご案内になることがあります。
 ※予約日に来院できなくなった場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

◎診察日には、**山鹿クリニック**にお越しいただき、
かかりつけ医からの紹介の旨をお伝えください。

診察当日にご持参いただくもの

- マイナンバーカード（または保険証）
- 高齢受給者証（該当する方）
- 診察券（竹田総合病院を以前にかかれた方）
- 診療情報提供書（紹介状）
- おくすり手帳



竹田総合病院 地域医療連携課 TEL:0242-29-9832