**受診方法連絡票**

　　　　　　　病院　・　クリニック　・　医院

患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　様

当院外来では、貴院より紹介された患者さんにすみやかに対応し、安心して受診して頂きたいと思っております。

下記に該当される場合、お手数ですがお知らせください。よろしくお願いいたします。

受診方法

□救急車搬送　　　　　　　　□介護タクシー利用

当院にて準備する物（院内移動時）

□ストレッチャー　　　　　　□車椅子　　　　　　□酸素

* 車椅子乗車の方・・・１時間以上の乗車（　可　・不可　）

連絡事項

