

総合サポートセンターまでFAXにて返送お願いいたします。

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

