

平成 ○年 ○月 ○日

〒○○○-○○○○

神奈川県横浜市○○○

○○ ○ 様



神奈川県立こども医療センター

受診連絡票(診察日のお知らせ)

病歴番号:28*****

○○ ○○ 様の診察日が決まりましたのでお知らせします。

診察日 平成 ○年 ○月 ○日 (○)

受付時間 ○時 ○分

診療科 ○○○科

※ 診察日変更のご希望や受診をキャンセルされる場合は、
必ず下記までお早めにご連絡ください。

上記の日時に、当センター受付・会計 ④番窓口(新患受付)へおいでください。
受付(15分ほどかかります)の後、診療科の外来受付に行ってください。
なお、診察が始まるまでお待ちいただくことがありますので、ご了承ください。

当日お持ちいただくもの

- ・健康保険証
- ・診察日のお知らせ(このお手紙)
- ・母子手帳(お持ちの方)
- ・公費の医療証(お持ちの方で、神奈川県内にお住まいの方)
- ・診察券、予約券(以前受診されたことのある方)

※ 上記の病歴番号とお手持ちの診察券等の病歴番号が異なる場合は事前にお知らせください。
※ 紹介元の医療機関等からレントゲン、CTフィルム等をお受け取りの方は、当日お持ちください。

おねがい

- 1ヶ月以内に家庭、保育所、幼稚園、学校や近所で **はしか、水ぼうそう、おたふくかぜ、ふうしん等の感染症** が発生した場合は、事前に必ずお知らせください。
連絡をしないで来院された場合、症状によっては受診できないことがあります。
- 当院は患者様の数が多く、初めての受診は診療に伴う検査等を含めて時間がかかります。
お待たせすることが多いと思いますが、あらかじめご了承くださいませようお願いします。



〒232-8555 横浜市南区六ツ川2丁目138-4
神奈川県立こども医療センター 地域医療連携室
電話 045-711-2351(月~金曜日 8:30~17:15)
FAX 045-710-1933
<http://kanagawa-pho.jp/osirase/byouin/kodomo/>