

〒○○○-○○○○
神奈川県○○市○○区○-○-○

○○ ○○ 保護者様



神奈川県立こども医療センター

受診連絡票 (受診日のお知らせ)

病歴番号：000***** ※お名前に環境依存文字を含む場合、代用漢字又はカタカナで登録させていただきます。

○○ ○○ 様の受診日が決まりましたのでお知らせします。

受診日 令和 ○年○月○日
来院時間 ○○時 ○○分
診療科 ○○○科※受診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
- ・受診日のお知らせ（このお手紙）
- ・受診申込書（このお手紙に同封、要ボールペン記入）
- ・母子手帳（お持ちの方）
- ・公費の医療証（お持ちの方で、神奈川県にお住まいの方）
- ・診察券、予約券（以前受診されたことがある方）
- ・お薬手帳

※ 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、CD等をお受け取りの方は、事前にご郵送ください。

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願っています。
- 完全紹介予約制のため、ご案内した日時にお越しいただくようお願いいたします。
なお、緊急の場合はかかりつけ医へご相談の上、医師同士の連絡をお願いしています。

備考

〒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 10:00～16:00)
Fax 045-710-1933
<http://kcmc.kanagawa-pho.jp/>