

義②

義肢装具予約票(他院依頼御案内)

氏名 _____ 様 検査予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ (曜日)
生年月日 _____ 受付時間 _____ 時 _____ 分 (時間厳守でお願いします)

☆予約日当日の受付は**1階医事課窓口**です。

☆予約日当日は、この予約票と義肢装具依頼票、保険証、診察券(お持ちであれば)をご持参下さい。

☆予約日当日は、当院の医師による問診を受けてからのサービスとなります。

☆予約日時に来院できなくなった場合は当院義肢室にご連絡下さい。

その他不明な点がございましたら、問診時もしくは検査担当者にご相談下さい。

神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6
独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院
TEL 0465-63-2211 地域医療連携室(内線1812)

2020.9

【コピー使用可】

義②

義肢装具予約票(他院依頼御案内)

氏名 _____ 様 検査予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ (曜日)
生年月日 _____ 受付時間 _____ 時 _____ 分 (時間厳守でお願いします)

☆予約日当日の受付は**1階医事課窓口**です。

☆予約日当日は、この予約票と義肢装具依頼票、保険証、診察券(お持ちであれば)をご持参下さい。

☆予約日当日は、当院の医師による問診を受けてからのサービスとなります。

☆予約日時に来院できなくなった場合は当院義肢室にご連絡下さい。

その他不明な点がございましたら、問診時もしくは検査担当者にご相談下さい。

神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6
独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院
TEL 0465-63-2211 地域医療連携室(内線1812)

2020.9

【コピー使用可】